

**UNTERSUCHUNGEN ZUR PSYCHIATRISCHEN
MORBIDITÄT VON GASTARBEITERN**

Helge Straube

1974
—



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551924_0070

AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

UNTERSUCHUNGEN ZUR PSYCHIATRISCHEN
MORBIDITÄT VON GASTARBEITERN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Helge Straube
aus Gauting bei München

1974

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

1. Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 17.12.1974



INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A. EINLEITUNG	1
a) Allgemeine Probleme	1
b) Psychische Erkrankungen und Emigration	2
c) Zur Situation der Gastarbeiter in der BRD	11
B. EIGENE UNTERSUCHUNGEN	26
I. Methodik und kritische Einschränkungen	26
II. Ergebnisse	32
a) Erkrankungshäufigkeit	33
b) Demographische Daten	34
c) Dauer des Aufenthaltes in der BRD bis zum Ausbruch der Krankheit	42
d) Sprache	46
e) Art der Einweisung	49
f) Suicidversuche	51
g) Die Diagnosen	53
1. Reaktive depressive Verstimmungszustände	54
2. Abnorme Erlebnisreaktion	57
3. Schizophrenie	59
4. Chronischer Alkoholismus	60
5. Neurosen	63
6. Ungeklärte Fälle	63
h) Dauer der stationären Behandlung	66
i) Die weiblichen Patienten	70
j) Die behandelnde Klinik	75
III. Besprechung der Ergebnisse	79
C. DISKUSSION	91
D. ZUSAMMENFASSUNG	94
E. LITERATURVERZEICHNIS	96

A. EINLEITUNG

a) Allgemeine Probleme

Seit Mitte der fünfziger Jahre wurde es auf Grund der wirtschaftlichen Entwicklung in der BRD in immer größerem Maße notwendig, ausländische Arbeitnehmer zu beschäftigen.

Ihre Zahl, die bis Ende 1970 auf fast zwei Millionen angewachsen war (5), hat sie zu einem Faktor gemacht, dessen wirtschaftliche Bedeutung unbestritten ist. Ihre Aufgaben sind fest umrissen in das wirtschaftliche Leben eingegliedert. Diese Überschaubarkeit herrscht jedoch oftmals nicht bei der Bewältigung sozialer Probleme, die ihre Anwesenheit zwangsläufig aufwirft. Zu diesen vielfältigen Problemen gehört unter anderem auch die Krankenversorgung unter Berücksichtigung der Art der Erkrankung und ihrer Behandlung.

Im Rahmen dieser Arbeit soll auf die psychiatrische Morbidität der Gastarbeiter eingegangen werden.

Es ist von Interesse, welche psychiatrischen Erkrankungen auftreten und welche Gastarbeiter betroffen sind. Hier wird ersichtlich, daß die Fragestellung nach der Krankheit gleichzeitig Fragen nach sozialen Daten beinhaltet; so zum Beispiel Nationalität, Alter, Beruf, Sprachkenntnisse, Aufenthaltsdauer in der BRD etc.

Eine Möglichkeit, eine grobe Antwort auf diese Frage zu finden, ist die, für eine Zeitspanne - hier das Jahr 1970 - Krankengeschichten zusammenzutragen, um statistisches Material allgemeiner Art zu erhalten.

Da es zur Zeit noch wenig Literatur über die psychische Morbidität der Gastarbeiter gibt, sollen für die vorliegende Arbeit Abhandlungen über

psychiatrische Erkrankungen von Emigranten hinzugezogen werden, da es sich hier um eine in etwa vergleichbare Situation, nämlich den einschneidenden Milieuwechsel, handelt.

b) Psychische Erkrankungen und Emigration

Die im folgenden besprochene Literatur soll Hinweise geben auf mögliche Gemeinsamkeiten der Probleme von Emigranten und Gastarbeitern.

Über das Problem der Emigration, das im genannten Zusammenhang von Interesse ist, liegen einige Untersuchungen vor.

Die erste klassische Arbeit über psychische Erkrankungen von Emigranten stammt von ØDEGAARD. Der Unterschied zu früheren Veröffentlichungen über dieses Thema liegt in der besseren Methodik: Er vergleicht die Morbidität der Emigranten zum ersten mit den in der selben Zeitspanne im Heimatland erkrankten Personen und zum zweiten mit den psychiatrisch Erkrankten des Gastlandes.

Als weiteren wichtigen Aspekt beschreibt er die Altersabhängigkeit der einzelnen Erkrankungsarten.

ØDEGAARD (19) untersuchte die Probleme norwegischer Emigranten in den USA; er gibt zu Beginn seiner Arbeit einen historischen Überblick über Gesetze, die eine Auslese unter den Einwanderern treffen sollten, der hier kurz zusammengefaßt dargestellt werden soll:

1648 erließ die Regierung der New Netherlands ein Gesetz, das die Einwanderung von Personen verhindern sollte, die auf finanzielle staatliche Unterstützung angewiesen waren; diesem "Selbstschutz" folgten weitere Staaten.

1836 wurde erstmals vom Kongress eine Untersuchung der Einwanderer veranlaßt, bei der sich zeigte, daß unter ihnen auch psychisch auffällige Personen waren; 1882 wurde der erste "federal immigration act" erlassen; die Beurteilung des psychischen Zustandes der Immigranten konnte nur oberflächlich sein, so daß nur die Einwanderung offensichtlich Kranker verhindert wurde.

Seit 1904 wurden psychiatrische Untersuchungen durchgeführt, doch die Zahl der Immigranten war zu groß, um gründlich vorgehen zu können, latent kranke wurden nicht erfaßt.

RAMNEY war im Jahre 1850 in New York der erste, der versuchte, die ausländischen Kranken statistisch zu erfassen. Er zog zu seiner Untersuchung aber nur die Patienten heran, deren Psychose vor Ablauf eines Jahres in Amerika ausgebrochen war, weil für die schon länger dort lebenden gilt: "Their insanity may be ascribed to the same causes as those affecting natives in the same locality." Zusammenfassend ist an RAMNEY's Ergebnis bemerkenswert, daß Manien häufiger auftreten als Depressionen.

1887 legten BANNISTER und HEKTOEN eine Untersuchung vor, die ein gehäuftes Auftreten von schweren psychischen Erkrankungen bei Immigranten fand.

Die Autoren machen für die große Anzahl der ausländischen Kranken einerseits eine erbliche Komponente verantwortlich, andererseits Enttäuschungen und Heimweh: "The foreigners mostly lead a harder life with more intemperance and less culture than the natives." Entsprechend liegt auch die Heilungsrate bei Eingeborenen höher.

WALDMAN faßte im Jahre 1913 nach einer Untersuchung Gründe

für die Erkrankung der Ausländer zusammen: "... change of environment, poverty, and the hard struggle for life mean a lot, so that the insanity of immigrants does not necessarily denote a 'poor stock'"; den hohen Anteil Schizophrener erklärt TREADWAY mit ihrem jungen Altersdurchschnitt und zum zweiten mit den besonderen Lebensbedingungen: "... He thinks that the stress of immigrant life (economic difficulties also) may actually cause mental disease in individuals with a predisposition to such diseases." Im Jahre 1924 trifft MELSOM die gleiche Feststellung; er untersuchte vorwiegend junge Einwanderer, alleinstehende Männer, die nur für kurze Zeit auswanderten, um Geld zu verdienen, die sich keine dauerhafte Existenz aufbauen wollten. Diese Voraussetzungen und Bedingungen sind noch am ehesten mit denen der Gastarbeiter in Deutschland zu vergleichen. Der Autor stellt fest: "... the overwhelming majority were schizophrenics." Er ist der Ansicht, daß in vielen Fällen ein schizoider Charakter oder eine beginnende Psychose zum Entschluß auszuwandern eine Rolle spielten. Weiterhin macht er den psychischen Stress, dem die Immigranten unterworfen sind, verantwortlich für den Ausbruch der Krankheit.

ØDEGAARD selbst führte die erste methodisch anspruchsvolle Untersuchung durch. Er verglich Norweger in Amerika mit Norwegern in Norwegen und kam zu der Feststellung: "... a definite connection between emigration and insanity is established." (19)

Er stellt zwei Thesen zur Diskussion: es ist möglich, daß der körperliche und geistige Stress des Immigrantenlebens eine psychische Erkrankung bei Personen auslöst, die unter anderen Umständen gesund geblieben wären; unter Emigranten befinden sich vielleicht mehr psychisch auffällige als unter der Bevölkerung des Gastlandes und des Heimatlandes.

Seine Untersuchungen zeigen, daß die Erkrankungshäufigkeit bei den Emigranten größer ist als bei der übrigen norwegischen Bevölkerung. ØDEGAARD (19) studierte die Krankengeschichten dieser Patienten und fand heraus, daß die meisten bereits im Heimatland in irgendeiner Weise psychisch auffällig geworden waren. Er belegt dies an Hand von sechzehn ausgewählten Fällen, bei denen nur in einem Fall die Familienanamnese in Bezug auf psychiatrische Auffälligkeiten negativ ist. Die Ergebnisse stützen die letzte der beiden Thesen.

Die erste widerlegt er. Die überwiegende Anzahl der schizophrenen Patienten war bereits vor Ausbruch der Krankheit länger als fünf Jahre in Amerika. Die Erkrankung hätte nach ØDEGAARDS Meinung früher auftreten müssen, wenn die Schwierigkeiten des Immigrantenslebens an ihrer Entstehung beteiligt gewesen wären. Dafür spricht auch, daß in beiden Untersuchungsgruppen das durchschnittliche Alter zur Zeit des Krankheitsbeginnes gleich war. Zudem habe sich weder bei Betrachtung der Fremdanamnesen noch der Symptomatologie dieser Psychosen ein Beweis dafür gefunden, daß die Krankheit von der Tatsache beeinflußt ist, daß der Patient Immigrant ist. Die Krankheitsbilder in Amerika gleichen denen in Norwegen.

Zusammenfassend sagt ØDEGAARD, daß die Belastungen des Immigrantenslebens endogene Psychosen nicht zu beeinflussen scheinen. (19)

Die These, daß bei endogenen Psychosen bereits im Heimatland eine psychische Auffälligkeit bestand, wird durch eine Arbeit von MEZEY (17) ebenfalls gestützt.

Er kam zu dem Ergebnis, daß bei den affektiven Psychosen der Streß der Lebensumstände eine große Rolle spielt, jedoch nicht bei der Schizophrenie. Er sagte, man könne der Belastung der Emigration nur schwerlich eine ursächliche Bedeutung bei der Krankheitsentstehung

zuschreiben, ausgenommen die affektiven Psychosen.

Bei einem Viertel der Personen war ein sozialer Abstieg in England zu beobachten, wobei alle Krankengruppen in etwa gleichmäßig vertreten waren.

MEZEY (17) untersuchte 82 ungarische Flüchtlinge in England, die in der Zeit von 1957 bis 1959 wegen psychiatrischer Erkrankungen in eine Klinik gekommen waren.

Die Fälle wurden in vier Diagnosegruppen eingeteilt: 1. Schizophrenie, umfaßt auch schizoaffektive Erkrankungen und paranoide Schizophrenie, 14 Fälle. 2. Affektive Erkrankungen, umfaßt auch depressive Zustände und einen Fall von Hypomanie, 23 Fälle. 3. Neurosen, 41 Fälle. 4. Organische Erkrankungen und ein Fall von Minderbegabung, 4 Fälle.

Insgesamt kamen 66,9 % der Emigranten aus Budapest und 33,1 % aus anderen Teilen des Landes. 40 % der Patienten kamen aus gestörten Familienverhältnissen.

MEZEY (17) stützte seine Untersuchungen nicht nur auf die Angaben der Patienten. Er beschaffte sich durch Befragen ihrer Verwandten und Freunde, weiterhin durch Korrespondenz mit Angehörigen und Krankenhäusern in Ungarn objektive Informationen über diese Gruppe.

Er kam zu dem Ergebnis, daß nur 28 % der Patienten rein politische Motive zur Auswanderung hatten, 55 % gaben nicht politische an, davon entfiel der größte Teil auf Schizophrenie. Nur 22 % hatten bereits früher geplant oder daran gedacht auszuwandern.

Unter den an Schizophrenie Erkrankten befand sich ein großer Teil von Patienten, der bereits vor der Emigration in der Heimat das Milieu wechselte, nämlich vom Land in die Großstadt (Budapest) umzog.

Zusammenfassend sei noch einmal gesagt, daß die schizophrenen Patienten bereits im Heimatland ein auffälliges Verhalten zeigten, indem sie dort das Milieu wechselten und die meisten von ihnen nicht aus politischen Gründen emigrierten. Bei dieser Art der Erkrankung kann der Emigration keine ursächliche Bedeutung zugemessen werden. Krankheitsbegründende Momente waren nur bei den affektiven Psychosen gegeben. (17)

MALZBERG und LEE (16) haben 1956 eine statistische Untersuchung über "Migration and Mental Disease" veröffentlicht.

Die Untersuchung bezieht sich auf den Staat New York; berücksichtigt wurden alle Ersteinweisungen in Nervenkliniken in dem Zeitraum von Juli 1938 bis Juni 1941.

Die umfassende Studie vergleicht die Erkrankungshäufigkeit von Immigranten und die der Bevölkerung des Gastlandes; in einem anderen Teil die Zahl der Einweisungen von "Migranten", - Personen, die im Heimatland häufig den Wohnort wechseln - und "Nichtmigranten", und diese dann mit der Krankheitshäufigkeit der Immigranten. Weiterhin wird die Erkrankungshäufigkeit in Abhängigkeit von der Dauer des Aufenthaltes untersucht.

Das Ergebnis zeigt, daß die Einweisungsrate der "migrants" in allen Diagnosegruppen höher liegt als die der "nonmigrants".

MALZBERG und LEE (16) führen an, daß in vielen Fällen eine Einweisung bald nach der Ankunft erfolgte und die Erkrankung somit bereits vor Verlassen der Heimat begonnen hat.

Sie sind der Meinung, die hohe Rate der Einweisungen bei diesen Personen weise auf eine Art "Auswahl" eines Personenkreises hin, der bereits vorher psychisch auffällig war. Diese Auffälligkeit, die zur Emigration beigetragen oder sie ausgelöst habe, könne dann in einer psychiatrischen Erkrankung manifest geworden sein. Entsprechend sei es möglich, daß das frühe Stadium einer Psychose das auslösende Moment zum Entschluß auszuwandern war.

EITINGER (11) stellte eine Untersuchung über Immigranten an, die während oder nach dem Zweiten Weltkrieg bis Ende 1955 nach Norwegen gekommen waren; es handelte sich um Gefangene, Zwangsevakuierete, Deportierte und politisch Verfolgte.

Die Immigranten teilten sich in zwei Gruppen. Die eine wollte im Gastland bleiben, während die andere einen vorübergehenden Aufenthalt beabsichtigte. EITINGER berücksichtigte diese Unterscheidung bei seinen Untersuchungen jedoch nicht.

Da die Flüchtlinge erst seit 1951 systematisch registriert wurden, war EITINGER, um möglichst umfassendes Material zu erhalten, auf die Mithilfe der verschiedensten sozialen und medizinischen Institutionen angewiesen, die mit Flüchtlingsproblemen in Berührung kamen.

Er verglich in seiner Arbeit zum einen die Erkrankungshäufigkeit der Immigranten mit der Zahl psychischer Erkrankungen in der norwegischen Bevölkerung während der Zeit von 1946 bis 1950; zum anderen untersuchte er die Erkrankungshäufigkeit innerhalb verschiedener Altersklassen.

Außerdem fiel auf, daß das Vorkommen psychischer Erkrankungen bei den Immigranten fünfmal höher lag, als es in einer norwegischen Vergleichsgruppe zu erwarten gewesen wäre. (11)

Doch EITINGER (11) wies auf markante Unterschiede zwischen den Flüchtlingen in Norwegen und den Emigranten ØDEGAARDS hin und sagt: "... under these conditions the theory of emigrant selection is hardly applicable." (11)

Denn die Untersuchung der an Schizophrenie Erkrankten bringt ein anscheinend anderes Ergebnis: die Häufigkeit des Krankheitsbeginnes hat ihren Gipfel nicht nach fünf Jahren, wie ØDEGAARD (19) es

beobachtete, sondern im Verlauf der ersten fünf Jahre. Dies wird darauf zurückgeführt, daß die psychischen Belastungen dieser Flüchtenden größer sind. Die Symptomatologie der Erkrankung ändert sich jedoch in ihrem weiteren Verlauf. Die belastende Immigrantensituation tritt zurück und die Krankheit bleibt ohne Bezug zur aktuellen Situation bestehen. "In our material we also see quite clearly that refugee patients, contrary to ØDEGAARD's, in the initial symptomatology and to a certain extent, can feel the stress of the actual situation. The picture changes very quickly, however. The symptoms which are brought about by the situation disappear to give way to typical schizophrenic symptoms, totally independent of the refugee existence and its problems." (11)

EITINGER (11) nennt zwei "psychodynamische Elemente", die das "Bild der Krankheit bestimmen" - isolation and feelings of insecurity; Isolation entsteht, wenn eine gewohnte Integration aufgegeben und das Individuum in ein fremdes Milieu versetzt wird. Hier wird es zusätzlich von einer Flut neuer Eindrücke überwältigt. Mangelnde Fähigkeit, die Einflüsse der Isolation und der fremden Eindrücke zu verkraften, führen schließlich zu einem Zusammenbruch der Persönlichkeit. (11)

Nach der Besprechung der Literatur über die psychischen Erkrankungen von Emigranten läßt sich die Aussage machen, daß alle Autoren bei den von ihnen durchgeführten Untersuchungen eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit gegenüber der Bevölkerung des Gastlandes oder auch des Heimatlandes feststellten.

In der Anzahl der Diagnosestellungen zeigen sich jedoch Unterschiede: EITINGER und MEZEY (11, 17) stellten fest, daß affektive Psychosen häufiger auftraten als Schizophrenie.

ØDEGAARD, MALZBERG und LEE (19, 16) stimmten darin überein, daß alle Diagnosen in erhöhtem Maße gestellt wurden, daß aber bei der Schizophrenie das Auftreten in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit dem

Streß der neuen Umgebung stand. Sie waren der Meinung, eine "Auswahl" von Personen sei emigriert, deren Motivation zur Auswanderung bereits in der Krankheit begründet gewesen wäre.

Somit wäre der Streß des Milieuwechsels nicht Ursache der Erkrankung, sondern (zusätzlich) auslösender Faktor.

Auch EITINGER (11) unterstützte diese Meinung, mit dem Ergebnis, daß zwar der Krankheitsverlauf der Schizophrenie zuerst von den neuen Eindrücken der Patienten geprägt war, daß die Inhalte sich aber später völlig davon lösten.

Eine Erklärung dafür, daß die Dauer bis zum Ausbruch der Erkrankung kürzer als bei den Untersuchungen der anderen Autoren war, wäre der größere Streß, unter dem seine Patienten lebten.

Ursache und Auswirkung eines einschneidenden Milieuwechsels auf die Erkrankungshäufigkeit von Personen sind bezüglich der einzelnen diagnostischen Kategorien verschieden.

Andererseits muß bei der Untersuchung psychiatrischer Patienten in einer fremden Umgebung die Einwirkung und damit die Art des Milieus betrachtet werden, um die Erkrankung auch von ihrer sozialen Ursächlichkeit her verstehen zu können.

Diese Feststellung gilt im folgenden auch für das Thema der vorliegenden Arbeit: Es sollen neben den psychischen Auffälligkeiten, wie sie sich aus den Krankengeschichten ergeben, auch die sozialen Umstände der erkrankten ausländischen Arbeitnehmer berücksichtigt werden.

Aus diesem Grunde wird im folgenden Abschnitt gesondert auf die Situation der Gastarbeiter in der BRD eingegangen, um einen all-

gemeinen Überblick zu schaffen, der im Zusammenhang mit den eigenen Erhebungen dem besseren Verständnis psychischer Probleme dienen soll.

c) Zur Situation der Gastarbeiter in der BRD

Wie bereits erwähnt, begleitete den wirtschaftlichen Aufschwung der BRD eine immer größer werdende Zahl von ausländischen Arbeitnehmern, ohne die das Wirtschaftswachstum kaum denkbar wäre. Die FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG schreibt dazu: "Ohne sie (die Gastarbeiter) wäre die augenblickliche Produktivität um 15 - 20 % geringer." (12)

1959 betrug ihre Anzahl 166.829, was einen Anteil ausländischer Arbeitnehmer an der Gesamtzahl der unselbständigen Erwerbstätigen von 0,8 % ausmachte. 1970 ist die Zahl bereits auf 1.948.951 angestiegen, was einem Anteil von 9 % entspricht. (5)

Der überwiegende Teil der Gastarbeiter kommt aus den Mittelmeerlandern; die dort herrschende Arbeitslosigkeit legt den Menschen die Entscheidung nahe, bei entsprechendem Angebot vorübergehend im Ausland zu arbeiten.

Mit den Ländern Italien, Spanien, Griechenland, Türkei, Portugal, Marokko und Tunesien sind Anwerbevereinbarungen getroffen worden: Die Arbeiter werden in den Heimatländern von deutschen Ärzten untersucht und ausgewählt. Ist ihre körperliche und seelische Verfassung zufriedenstellend, so werden sie meist für ein Jahr unter Vertrag genommen, mit Sonderzügen nach Deutschland gebracht und von den Arbeitsämtern aus an ihre eigentlichen Arbeitsorte weitergeleitet; entsprechend ihres vertraglich festgelegten vorübergehenden Aufenthaltes werden sie in Wohnheimen des Betriebes,

Behelfsunterkünften, Schlafgelegenheiten oder Werkswohnungen untergebracht. Mit zunehmender Dauer des Aufenthaltes oder Vervollständigung der Familie ziehen sie private Wohnungen vor. Nachdem sie für ihre Arbeit angelernt sind, bleiben sie sich selbst überlassen, weitere Hilfe bei der Einordnung ist nicht gegeben.

Die Gastarbeiter kommen aus den Gebieten ihrer Länder, die industrieschwach sind, also aus landwirtschaftlichen Gegenden; mehr als drei Viertel der Italiener aus Süd- und Inselitalien, der Griechen aus Nordgriechenland, die Spanier kommen überwiegend aus Andalusien, die Türken aus Westanatolien. Diese Tatsache muß bei den Anpassungsschwierigkeiten berücksichtigt werden, zumal ein hoher Anteil der Gastarbeiter in Großstädten beschäftigt ist.

Ihre zahlenmäßige Verteilung auf die einzelnen Herkunftsländer war für das Jahr 1970 wie folgt (5):

	Gesamtzahl i.d. BRD	Süd- Bayern	München
Italien	286.811	34.816	19.760
Griechenland	191.977	25.776	17.328
Jugoslawien	269.240	55.017	32.908
Portugal	28.949	794	296
Spanien	116.181	5.830	2.668
Türkei	255.949	36.864	18.028
außereurop. Länder	47.377		
staatenlos	9.704		

Tab. 1: Zahlenmäßiger Anteil der Nationalitäten in der BRD, Südbayern und München

Der Bedarf an Arbeitskräften auf der einen und der Mangel an Arbeitsplätzen auf der anderen Seite läßt es nur natürlich erscheinen, daß hier durch gegenseitige Hilfe zwei wirtschaftliche Probleme gelöst werden. Damit wäre pauschal die Frage beantwortet, warum es Gastarbeiter in der BRD gibt.

Daran knüpft sich jedoch die Frage, warum der einzelne sein ihm vertrautes Milieu verläßt und bereit ist, sich in einem fremden Land einer neuen Lebensordnung zu unterwerfen.

Sicher verläßt der überwiegende Teil der Gastarbeiter aus einer Unzufriedenheit heraus sein Land, sei es aus Unzufriedenheit mit den armen Verhältnissen, in denen die Familie lebt, sei es aus eigener Unzulänglichkeit, die diese Situation nicht ändern kann, oder aus Protest gegen die Unfähigkeit des Staates, soziale Fortschritte zu verwirklichen.

Im Vordergrund steht der Wunsch, Geld zu verdienen, das die Lage der Familie verbessert, den Lebensstandard erhöht. (14)

Es gibt jedoch noch wenig Material über die Gründe, die den einzelnen Gastarbeiter veranlassen auszuwandern und die über das ökonomische Interesse hinausgehen, das wohl als bewußte Motivation angenommen werden kann.

An dieser Stelle sei auf die Arbeit von BINGEMER/MEISTERMANN-SEEGER/NEUBERT (3) hingewiesen, in der der Versuch unternommen wird, die Probleme mit soziologisch-psychoanalytischen Begriffen zu beschreiben und die "Hypothese über unbewußte Motive der Gastarbeiter zum Verlassen ihrer Heimat" aufgestellt wird (3): Zu Hause haben die Gastarbeiter die Erfahrungen "von Ohnmacht und Unzulänglichkeit der eigenen Kräfte (gemacht), die so unerträglich sind, daß die Welt

beschuldigt werden muß, das ganze Dilemma verursacht zu haben. Wenn diese Projektion - die Beschuldigung der Umwelt am eigenen Versagen - nicht mehr aufrecht erhalten werden kann, muß das Milieu gewechselt werden." "Die Schuldgefühle dieser überwiegend an ihrer Sippe Orientierten hängt mit dem unwiderstehlichen Zwang zum Ausreißen wegen ihres Versagens in der Heimat zusammen." (3) Es wird weiter versucht, das Hinnehmen des arbeitsreichen ohne genützte Freizeit tristen ablaufenden Lebens zu erklären: "Der Ablauf: Ausreißen, neue Erfahrung der Ohnmacht in der Fremde und dennoch Aushalten sehen wir als Versuche der Gastarbeiter, dem Zwang zum Ausreißen zu entinnen und sich durch Opfer, also bewußtes Ertragen von Einschränkungen und Leiden, zu entlasten und die Ihren durch dieses Opfer zugleich für die früheren Beschuldigungen zu entschädigen." (3) Damit ist die Theorie einer "Sühne- und Opferhaltung" gegeben.

Die Autoren dieser soziologisch-psychoanalytischen Interpretation sprechen von einer Hypothese, was das Problem ihrer Darlegungen verdeutlicht: Es existiert kein empirisches Material zur Bestätigung ihrer Annahmen. Wichtig wäre es, durch Befragen der Gastarbeiter hier nähere Aufschlüsse zu erhalten, zumal diese Hypothese parallel zu gesellschaftlichen und ökonomischen Fragestellungen Aufschluß über soziales Verhalten der Gastarbeiter geben könnte.

Als Beispiel sei hier das Sprachproblem angeführt: Auffallend ist, daß viele ausländische Arbeitnehmer die deutsche Sprache nur schlecht oder gar nicht beherrschen und auch nach längerem Aufenthalt wenig Lerninteresse zeigen. (21, 14)

Anknüpfend an den Gedankengang von BINGEMER muß diese Haltung konsequent erscheinen: Die Gastarbeiter werden in ihre Heimat zurückkehren; sie bekräftigen dieses "Versprechen" damit, daß sie nicht die Integration aus eigener permanenter Initiative anstreben. Die Verbindung

zur Heimat läßt sich konfliktloser aufrecht erhalten, wenn die bessere Zukunft dort zu erwarten ist, und die Rückkehr nicht durch die verlockende Möglichkeit, hier ein Leben aufzubauen, in Frage gestellt wird.

Sicher ist dies nur eine Möglichkeit der Erklärung, und es wird im Rahmen dieses Kapitels noch auf weitere Gründe eingegangen, die auch das Verhalten der "Gastgeber" berücksichtigen und auf eine eventuelle Wechselwirkung von Sprache - Integration - Rückkehr in die Heimat eingehen.

Zunächst sei jedoch auf einen psychologischen Aspekt der Sprachproblematik hingewiesen:

Fehlt die Sprache als Kommunikationsmittel, so fehlt nicht nur die Mitteilung durch Sprechen und Verstehen, sondern auch die Klärung von Konflikten, das Abreagieren von Affekten: "Fehlt im Austausch mit dem Fremden das Medium der Sprache, so werden Affekte blockiert." (3) Eine Person regrediert unter solchen Umständen, das heißt, sie zieht sich auf immer ursprünglichere Verhaltensmuster zurück. Der regressiv-präverbale Austausch eines Erwachsenen mit einem anderen läuft in der Regel nach jenem Muster von Handlungsdialog ab, wie er zwischen Mutter und Kind bei Verrichtungen, Gesten, Zeichen, Lauten und Mimik als Mittel gegenseitiger Kommunikation üblich war. Auf einen ähnlichen Handlungsdialog finden sich die 'sprachlosen' Gastarbeiter in Deutschland zurückverwiesen." (3)

Diese Form der Mitteilung stößt auf ablehnende Gegenreaktionen "und erweckt bei den Deutschen Überlegenheitsgefühle und Herablassung gegenüber dem 'kindlichen' Verhalten der Gastarbeiter." (3) Diese Haltung des deutschen Partners läßt den Gastarbeiter nicht als Bedrohung, die das Fremde mit sich bringt, erscheinen, nimmt dem Gastarbeiter aber durch "Beleidigung des Selbstwertgefühles" (3) sein verbliebenes Mittel zur Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Be-

ziehungen. Die Affekte werden gestaut, sie werden weder verarbeitet noch abgeleitet.

Verknüpft mit der "Sprachlosigkeit" (3) ist die Nostalgie; 54 % der Gastarbeiter Kölns (3) nennen Heimweh das schlimmste Übel. Aus mangelnder oder fehlender Kommunikation mit dem Fremden wird die Bindung an die Heimat größer. Die Erinnerungen an zu Hause drängen sich auf, die neue Umgebung wird bald nicht mehr nur als Fremde erlebt, sondern als Bedrückung. Die fremde Umwelt bleibt für den Gastarbeiter stumm, sie teilt sich ihm nicht verbal, sondern gedanklich faßbar mit. Sie wird bedrohlich und als Flucht davor werden die Gedanken an die Heimat irrational intensiviert.

Die Annäherung beider Partner wäre leichter, wenn die Gastarbeiter ihre Freizeit nutzen würden. Der zwanglose Charakter der Freizeit wäre besser geeignet als die Arbeitsstelle, Kontakte mit Deutschen aufzunehmen und sich das Leben im Ausland einzurichten. Zu den Sprachschwierigkeiten, die auch hier die Betätigung der Gastarbeiter einschränkt, kommt erschwerend hinzu, daß ein Großteil von ihnen aus nicht oder kaum der Industrie erschlossenen Gebieten stammt, was eine nicht an Arbeitszeiten gebundene freie Lebenseinteilung zur Folge hat. In Deutschland müssen sie sich plötzlich einem Arbeits- und Freizeitrythmus unterwerfen.

Diese Umstellung ist jedoch nur einer von vielen Gründen, die sich in diesem Zusammenhang nennen lassen.

Es ist notwendig, gleichzeitig Aktion und Reaktion der deutschen Bevölkerung, der Arbeitgeber und der öffentlichen Medien wie Presse und Rundfunk zu beachten; nicht zuletzt nimmt der Gesetzgeber entscheidenden Einfluß auf das Verhalten der ausländischen Arbeitnehmer.

Im folgenden sollen die Zustände in drei besonders problematischen

Bereichen umrissen werden:

1. Der Arbeitsplatz

Im Jahre 1969 hatte kaum ein Viertel der Gastarbeiter, die von der Bundesanstalt für Arbeit vermittelt worden waren, eine berufliche Ausbildung (5). Entsprechend ihrer geringen Qualifikation wurden sie hauptsächlich als ungelernte oder angelernte Arbeiter eingesetzt (5):

	ungelernt		angelernt		Facharbeiter		Angestellte	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Italiener	48	63	37	34	13	-	-	-
Griechen	37	60	53	37	7	-	-	-
Spanier	38	59	44	34	15	-	-	-
Türken	43	62	38	33	16	-	-	-
Portug.	43	60	43	35	12	-	-	-
Jugoslaw	14	58	27	19	55	-	-	-
übrige	12	18	22	15	25	-	35	50
insgesamt	34	53	36	30	20	3	8	12

Tab. 2: Berufsstand der einzelnen Nationalitäten in Prozent

Für ihre Arbeit, die oftmals mit einem erhöhten Unfallrisiko verbunden ist, werden sie in den meisten Fällen schlechter bezahlt als ihre deutschen Kollegen; vergleichendes Material hierzu liegt nicht vor, jedoch belegen die folgenden Zahlen, daß der überwiegende Teil der Gastarbeiter einen Monatsverdienst hat, der unter dem Durchschnitt der deutschen

Arbeitnehmer liegt:

Das Bundesministerium für Arbeit errechnete für 1970 einen monatlichen Durchschnittsverdienst von 867 DM. (20) Nach einem Bericht der SÜDDEUTSCHEN ZEITUNG stellte die MARPLAN-Forschungsgesellschaft einen durchschnittlichen Monatsnettoverdienst von 870 DM fest. (23)

SALOWSKY (20) faßte die Ergebnisse einer Hochrechnung in einer Tabelle zusammen, die weiteren Aufschluß gibt:

Monatsnettoeinkommen in DM			
bis 250	0,5 %	1000 - 1250	13,8 %
250 - 400	1,7 %	1250 - 1500	6,2 %
400 - 600	13,9 %	1500 - 1750	2,3 %
600 - 800	30,1 %	1750 - 2000	0,6 %
800 - 1000	29,7 %	über 2000	0,7 %
	75,9 %		23,6 %

Tab. 3: Nettomonatseinkommen der ausländischen Arbeitnehmer

Die in der Überzahl niedrigen Verdienste machen die Benachteiligung der Gastarbeiter deutlich.

Trotz der geringen Stellung im Betrieb und des geringen Lohns stoßen sie auf Ablehnung bei den bessergestellten deutschen Kollegen und werden als "wirtschaftliche Konkurrenz" empfunden (21), zumal sie in erhöhtem Maße zu Überstunden und Akkordarbeit bereit sind (14).

Diese besondere Arbeitswilligkeit wird verständlich, wenn man die wirtschaftliche Not ihrer Familien im Heimatland bedenkt und daß sie Wartezeiten bis zu sechs Jahren in Kauf nehmen, um einen Arbeitsplatz in der BRD zu erhalten (9).

Die Angst, diesen Arbeitsplatz zu verlieren, läßt sie härtere Arbeitsbedingungen hinnehmen (14).

Die bestehenden Gesetze, die Aufenthalt und Arbeit der ausländischen Arbeitnehmer regeln, festigen diese Angst.

Das Ausländergesetz von 1965 lautet:

§ 1, Abs. 1: "Ausländer können nach Maßgabe dieses Gesetzes in den Geltungsbereich dieses Gesetzes einreisen und sich darin aufhalten."

§ 2, Abs. 2, Satz 2: "Die Aufenthaltserlaubnis darf erteilt werden, wenn die Anwesenheit des Ausländers Belange der BRD nicht beeinträchtigt."

Diese Formulierungen lassen einen weiten Ermessensspielraum zu. So heißt es in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Ausländergesetz, die Gründe für Erteilung oder Verweigerung der Aufenthaltserlaubnis nennt: "... Außer Gründen, die in der Person des Ausländers liegen, sind insbesondere auch Gründe politischer und wirtschaftlicher Art sowie Belange des Arbeitsmarktes zu beachten." (Allg. Verwaltungsvorschrift zum AuslG, Ziffer 6 zu § 2 AuslG.)

Zweifellos ist der Gesetzgeber zu Schutzmaßnahmen für das Staats- und Wirtschaftsinteresse verpflichtet, für die Situation der Gastarbeiter machen diese Gesetze jedoch deren besondere Schutzlosigkeit deutlich, was sich durch die Bestimmungen über die Arbeitserlaubnis bestätigt:

Die Arbeitserlaubnis wird für ein Jahr erteilt und maximal um ein Jahr verlängert, wobei hierauf kein Anspruch besteht. Oftmals stehen Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis in engem Zusammenhang, ein Zusatzvermerk im Paß kann lauten: "Die Aufenthaltserlaubnis wird ungültig, bei Aufgabe der Tätigkeit bei der Firma X." (14)

Diese Bestimmungen lassen die Angst der ausländischen Arbeitnehmer

um ihren Arbeitsplatz verständlich erscheinen, zumal die Wirtschaft an einer Fluktuation der Gastarbeiter interessiert ist. (3, 14, 9)
Im AUSLANDSKURIER spricht R. WEBER, BDA, davon, daß "mit der Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer ein gewisses Rotationsprinzip" verfolgt wird (2).

2. Das Wohnungsproblem

Die Unsicherheit wird auch auf andere Weise gefördert: Der gewünschten Mobilität der Gastarbeiter steht eine Familienzusammenführung entgegen; Versuche, sich auf Dauer im Gastland einzurichten, sind durch die bestehende Wohnungspolitik und die Bestimmungen über Familienzusammenführung erschwert:

Die Länderarbeitsminister legten Bestimmungen fest, wonach "... der Ausländer eine dreijährige Beschäftigung in der BRD nachweisen (muß), wenn er seine Familie nachholen will." "Darüber hinaus muß der Ausländer eine angemessene Wohnung für sich und seine Familie nachweisen."
(7)

Im Zusammenhang mit den oben aufgeführten Gesetzen über Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis wird die Behinderung der Familienzusammenführung ersichtlich; erschwerend wirkt sich auch der Zusatz eine "angemessene Wohnung" vorweisen zu müssen, aus.

Zum einen ist die Lage auf dem Wohnungsmarkt in der BRD allgemein angespannt, die Gastarbeiter müssen in Konkurrenz zu deutschen Wohnungssuchenden treten, wobei jedoch die Hausbesitzer lieber an Deutsche vermieten (9); zum anderen werden nur geringe Mittel speziell für die Wohnprobleme der Gastarbeiter zur Verfügung gestellt (14).

So heißt es in einem "Bericht über die wirtschaftliche und soziale Lage der ausländischen Arbeitnehmer in Hamburg": "... geringes Interesse besteht ... an der Einrichtung von Wohnungen." (1)

Diese ablehnende Haltung der Behörden entspricht den Wünschen großer Teile der Bevölkerung: Die Folge ist, daß neben den Firmengemeinschaftsunterkünften, die die Gastarbeiter von vornherein isolieren, in letzter Zeit in zunehmendem Maße in den Großstädten Wohngettos entstehen, die die Isolation der Gastarbeiter manifestieren und zugleich wieder neue Vorurteile und Ängste in der Bevölkerung hervorrufen (10). Die SÜDDEUTSCHE ZEITUNG spricht im Zusammenhang mit der Tatsache, daß im Stadtteil München-Westend bereits ein Viertel der Bewohner Ausländer sind, von "berüchtigten Massenquartieren für ausländische Arbeitnehmer" (22).

3. Freizeit und Sprache

Die Isolation der Gastarbeiter läßt sich nach den bisherigen Ausführungen gewiß nicht allein mit der sprachlichen Barriere erklären.

Die Schranke, die Behörden und Bevölkerung errichten, kann die ausländischen Arbeitnehmer nicht darin bestärken, Kontakte zu suchen. Entsprechend nennt BINGEMER ein "passiv-rezeptives Freizeitverhalten" das häufigste (3).

So orientieren sie sich in der Hauptsache innerhalb ihrer Gruppen, die ihre Freizeit in den Firmenunterkünften, Freizeitheimen oder auf öffentlichen Plätzen verbringen; sie lesen die Zeitungen ihrer Heimatländer und nutzen ihren Urlaub, wenn möglich, zur Heimreise. (3, 14)

In einem Maßnahmenkatalog der Länderarbeitsminister wird auf die Notwendigkeit von Sprachkursen schon im Heimatland hingewiesen, die in den Aufgabenbereich der Auslandsstellen des GOETHE-INSTITUTS fallen sollen (6), es wird bisher jedoch kaum eine gründliche Schulung vorgenommen (14).

Sprachkurse in der BRD finden nur geringes Interesse, da sie nach Feierabend besucht werden müßten, was verständlicherweise den

meisten nach einem harten Arbeitstag schwerfällt. (14)

Zwar wird von der Bundesanstalt für Arbeit festgestellt, daß nach mehr als vierjähriger Anwesenheit mehr als 90 % der Gastarbeiter zumindest gebrochen deutsch sprechen können (4), es zeigt sich jedoch in der folgenden Tabelle, daß schlechte oder überhaupt fehlende Sprachkenntnis im direkten Zusammenhang mit der ausgeübten Tätigkeit steht (4):

	Es beherrschen die deutsche Sprache in %					
	fließend		gebrochen		nicht	
	M	F	M	F	M	F
ungelernte Arbeiter	16	29	39	57	61	73
angelernte Arbeiter	31	24	42	36	25	25
Facharbeiter	27	-	16	3	13	-
Angestellte	22	36	2	3	-	-

Tab. 4: Deutschkenntnis und beruflicher Stand der ausländischen Arbeitnehmer

Das geringe Entgegenkommen der staatlichen Stellen und der Arbeitgeber festigt somit die niedrige soziale Stellung der Gastarbeiter.

Da sich trotz der hier geschilderten ungünstigen Bedingungen die Zahl der Gastarbeiter weiter erhöht, treten die Mißstände immer deutlicher zutage, und die Ablehnung der Bevölkerung wird größer:

Das EMNID-Institut führte 1961 und 1965 Befragungen in der deutschen Bevölkerung durch, wobei sich bei der ersten Befragung 30 % und bei der zweiten 51 % gegen eine Beschäftigung von Gastarbeitern

aussprachen (21).

In einer Fernsehsendung des WDR vom 10.3.1967 heißt es: "Nach einer Umfrage sind 73 % der Deutschen der Meinung, man solle die Gastarbeiter gar nicht erst nach Deutschland hereinlassen." (3)

Wie sehr die Ablehnung von Vorurteilen geprägt ist, sollen die folgenden Aussagen von Schülern zeigen, die wohl weniger auf eigener Erfahrung als auf dem Vorurteil der Eltern beruhen: In Schulaufsätzen hieß es unter anderem:

"Wenn die Leute das Wort Gastarbeiter hören, denken sie nur an Schmutz und Dreck". "In den Zeitungsberichten steht und im Fernsehen wird gezeigt, daß die Gastarbeiter Faulenzer sind". "Meine beiden Brüder dürfen auch nicht mit Gastarbeiterkindern spielen". "Man stellt die Gastarbeiter (Italiener) meistens in Intimitäten den Schweinen gleich. Was auch wahr ist". (18)

DELGADO (8) stellt in seiner Presseanalyse über Gastarbeiter fest, daß "31 % aller Berichte sexuelle oder kriminelle Sensationsartikel (waren), 27 % aller Berichte enthielten negative Beurteilungen." (8)

Diese Meldungen entsprechen nicht den tatsächlichen Verhältnissen. Eine Statistik ermittelte für NRW, daß von 10.000 Deutschen 277 straffällig wurden, von der gleichen Anzahl Gastarbeiter jedoch nur 136. (9)

Ein falscher Eindruck entsteht oftmals auch dadurch, daß die Gastarbeiterkriminalität allgemein mit Ausländerkriminalität gleichgesetzt wird. Der AUSLANDSKURIER (2) stellt dazu fest: "So waren unter den 137.276 im Jahre 1969 in München lebenden Ausländern nur 77.159 Gastarbeiter (56,2 %). Unter den 4.672 von der Polizei in München als Täter ermittelten Ausländern befanden sich nur 1.765 Gastarbeiter (37,8 %)." (2)

Zusammenfassend kann man feststellen: Die bisher angeschnittenen Probleme zeigen, daß das Verhalten aller beteiligten Gesellschaftsgruppen und Institutionen die Misere der Gastarbeiter festigt. Mangelnde Sprachkenntnisse benachteiligen in Beruf und Privatleben und tragen so dazu bei, den Willen zu besserer Verständigung zu schwächen, Isolation und Vorurteile in der deutschen Bevölkerung sind die Folge, was zu noch größerer Isolation führt.

Diese Wechselwirkung ungünstiger Faktoren wird zu einer doppelten Belastung. Einmal stehen die Gastarbeiter unter dem Druck, durch ihre Arbeitsleistung ihrer Familie helfen zu müssen und nehmen dafür schlechte Arbeits- und Wohnbedingungen in Kauf, was ihre Belastung wiederum verstärkt; zum anderen sind sie dem Druck einer ablehnenden öffentlichen Meinung ausgesetzt.

Dieser doppelte Streß kann zu Versagen oder Fehlverhalten führen. An dieser Stelle sei kurz erwähnt, daß eine Art von Kriminalität, nämlich Totschlag, schwere und gefährliche Körperverletzung, die Gastarbeiter prozentual mehr belastet als die deutsche Bevölkerung, was DELGADO (8) eben gerade auf die besondere Streßsituation zurückführt.

Als weitere negative Auswirkung können gewisse Krankheitserscheinungen angesehen werden. FRIESSEM (13) spricht in diesem Zusammenhang zum einen von psychosomatischen Krankheiten (Magen-Darm-Trakt-Störungen, Störungen des vegetativen Nervensystems), zum anderen von "Entwurzelungssyndromen", auf die im Rahmen dieser Arbeit noch eingegangen werden wird. (13)

Die folgende Tabelle zeigt, daß der Krankenstand jedoch nicht höher liegt, als bei den deutschen Arbeitnehmern (14):

Männer	5,51	5,50	5,51	6,06	4,74	5,33
Frauen	6,49	5,10	5,65	6,96	4,78	5,37
insgesamt	5,70	5,34	5,54	6,23	4,75	5,34
	Italien	Griech.	Span.	Türk.	Jugosl.	Deutsche u.a.

Tab. 5: Krankenstand am 1.10.70 in % der Versicherten

Das Auswahlverfahren im Heimatland begünstigt natürlich eine gute Gesundheits- und Altersstruktur im Hinblick auf die von den Gastarbeitern erwartete Leistung; so wird bereits etwa ein Drittel der Bewerber im Heimatland zurückgewiesen. (9)

Dies erklärt auch den geringen Prozentsatz derer, die sich in der BRD in psychiatrische Behandlung begeben mußten (vgl. S. 33, Tab. 1), zumal laut Mitteilung der Bundesanstalt für Arbeit die gleich nach der Einreise zurückgewiesenen ausländischen Arbeitnehmer in der Mehrzahl psychisch auffällig waren. (4)

Es ist jedoch von Interesse, welche psychischen Krankheiten innerhalb der Aufenthaltsdauer in einem fremden Land auftragen und ob ein Zusammenhang mit den dargestellten negativen Begleitumständen angenommen werden könnte.

Bei den nun folgenden eigenen Untersuchungen soll aufgrund des ausgewerteten Materials versucht werden, hierüber Auskunft zu geben.

B. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

I. Methodik und kritische Einschränkungen

Für die folgenden Erhebungen wurde der Zeitraum von Januar bis Dezember 1970 gewählt.

In den vier Kliniken im Raum München, die für die psychischen Erkrankungen zuständig sind, - Bezirkskrankenhaus Haar, Universitätsnervenklinik München, Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, Privatklinik Dr. Schmidt in Gauting - wurden die Aufnahmebücher des Jahres 1970 durchgesehen und die Namen ausländischer Patienten herausgesucht.

Anhand der entstandenen Liste, durch die Aufnahmeummern der Patienten ergänzt, wurden die Krankengeschichten dem Archiv entnommen oder gegebenenfalls von den betreffenden Stationen geholt.

Die erste Durchsicht der Krankengeschichten sollte anhand der demografischen Daten Auskunft darüber geben, auf welche Personen der Begriff "Gastarbeiter" zutraf: beabsichtigt war, nur solche Patienten zu berücksichtigen, die seit Gründung der BRD aufgrund des wirtschaftlichen Aufschwungs nach Westdeutschland kamen, um hier für eine bestimmte Zeit zu arbeiten und nicht von vornherein die Absicht hatten, sich zu naturalisieren und die BRD zu ihrer neuen, ständigen Heimat zu machen.

Auf Grund dieser Kriterien konnten 179 Krankengeschichten von Patienten zur Auswertung herangezogen werden, auf die der Begriff "Gastarbeiter" zutraf.

Sämtliche Angaben, die in den 179 Krankengeschichten festgehalten waren, also Daten zur Person, zum sozialen Status, zur jetzigen

Erkrankung, Familien- und Fremdanamnesen wurden erfaßt und ermöglichten die Zusammenstellung der folgenden Merkmalsliste:

1, 2, 3	Nummer des Patienten
4	Geschlecht (0) männlich (1) weiblich
5	Staatsangehörigkeit (0) türkisch (1) jugoslawisch (2) griechisch (3) italienisch (4) spanisch (5) portugiesisch (6) Nordafrika und Naher Osten (7) Ostblockländer ohne Jugoslawien (8) heimatlose Ausländer (9) unbekannt
6	Konfession (0) römisch-katholisch (1) mohammedanisch (2) griechisch-orthodox (3) evangelisch (4) unbekannt (5) jüdisch (andere)
7	Alter (0) 15-20 (1) 21-25 (2) 26-30 (3) 31-40 (4) 41-50 (5) über 50 Jahre (6) unbekannt
8	Wohngegend der Heimat (0) Großstadt (1) Kleinstadt (2) Land (3) unbekannt
9	Wohngegend in Deutschland (0) Stadt München (1) Umgebung von München bis 30 km (2) Umgebung von München über 30 km (3) ohne festen Wohnsitz (4) unbekannt
10	Vater lebt (0) ja (1) nein (2) unbekannt
11	Mutter lebt (0) ja (1) nein (2) unbekannt
12	Beruf des Vaters (0) Arbeiter, Bauer (1) Angestellter, Beamter (2) unbekannt (3) selbständig
13	Anzahl der Geschwister (0) 1-2 (1) 3-4 (2) 5-6 (3) 7-9 (4) mehr als 9 (5) unbekannt (6) keine

14	Psychische Erkrankungen oder Auffälligkeiten in der Familie (0) ja (1) nein (2) unbekannt
15	Besondere Bindung an (0) beide Eltern (1) Mutter (2) Vater (3) andere (4) keine (5) unbekannt
16	Schulbildung (0) keine (1) Volksschule abgeschlossen (2) Volks- schule nicht abgeschlossen (3) Mittelschule abge- schlossen (4) Mittelschule nicht abgeschlossen (5) Gymnasium abgeschlossen (6) Gymnasium nicht abgeschlossen (7) unbekannt
17	Klassen wiederholt (0) nein (1) einmal (2) mehrmals (3) unbekannt
18	Berufsausbildung (0) keine (1) Lehre abgeschlossen (2) Lehre nicht ab- geschlossen (3) Fachschule abgeschlossen (4) Fach- schule nicht abgeschlossen (5) Hochschule abgeschlos- sen (6) Hochschule nicht abgeschlossen (7) unbekannt
19	Militärdienst (0) ja (1) nein (2) unbekannt
20	Berufsstand in der BRD (0) selbständig (1) unselbständig im erlernten Beruf tätig (2) unselbständig im nicht erlernten Beruf tätig (3) unselbständig ohne erlernten Beruf tätig (4) arbeits- los (5) unbekannt (6) Lernverhältnis (7) Hausfrau
21	Häufiger Stellungswechsel (0) ja (1) nein (2) unbekannt
22	Familienstand (0) ledig (1) verheiratet, Familie lebt in Deutschland (2) verheiratet, Familie lebt zu Hause (3) verheiratet und von der Ehefrau getrennt lebend (4) verheiratet und von Kind(ern) getrennt lebend (5) geschieden (6) verwitwet (7) unbekannt

23	Vorstrafen (0) nein (1) einmal vorbestraft (2) mehrmals vorbestraft (3) unbekannt
24	Deutschlandaufenthalt (0) erster Auslandsaufenthalt (1) wiederholter Auslandsaufenthalt (2) unbekannt
25	Dauer des Deutschlandaufenthaltes bis zum Ausbruch der Krankheit (0) 1-7 Tage (1) über 1 Woche bis 3 Monate (2) 4 Monate bis 1 Jahr (3) über 1 Jahr bis 2 Jahre (4) über 2 Jahre bis 3 Jahre (5) mehr als 3 Jahre (6) unbekannt
26	Beherrschen der deutschen Sprache (0) gut (1) ausreichend (2) schlecht (3) gar nicht (4) unbekannt
27	Einweisung (0) Ersteinweisung (1) bereits im Heimatland (2) bereits in Deutschland (3) bereits in einem anderen Land (4) unbekannt
28	Jetzige Einweisung erfolgte (0) freiwillig, Eigeninitiative (1) freiwillig, durch einen Arzt (2) durch Familienangehörige oder Bekannte (3) auf Grund auffälligen Verhaltens während stationärer Behandlung in einer anderen Klinik (4) durch Zwang (Bayrisches Verwahrungsgesetz) (5) unbekannt
29	Behandelnde Klinik (0) Bezirksnervenkrankenhaus Haar (1) Universitätsnervenklinik München (2) Max-Planck-Institut München (3) Privatnervenklinik Dr. Schmid Gauting
30	Dauer der stationären Behandlung (0) 1-5 Tage (1) bis 1 Monat (2) bis 3 Monate (3) bis 6 Monate (4) bis 1 Jahr (5) länger als 1 Jahr (6) unbekannt
31	Entlassung (0) ins Heimatland (1) in alte Verhältnisse (2) in neue Verhältnisse (3) Absichten und Aufenthalt unbekannt

exogene Psychose	
Kontusionspsychose	
organ. bedingte psychische Störung	(17)
Verwirrheitszustände	
Debilität, Minderbegabung	(18)
Epilepsie ungeklärter Genese	(19)
unklar	(20)
Neurolog. Störung ungeklärter Genese	(21)

Die Daten wurden auf Lochkarten übertragen und die Häufigkeiten mit Hilfe einer Sortiermaschine gezählt und anschließend miteinander in Beziehung gebracht. Für die vorliegende Arbeit wurden jene Auszählungen und Kombinationen verwertet, die im Rahmen des Themas von Interesse waren und die aufgrund der Zahlenverhältnisse in etwa gesicherte Angaben über die 179 Patienten gewährleisteten.

Es zeigt sich hier, daß aufgrund des für das Jahr 1970 zur Verfügung stehenden Zahlenmaterials kritische Einschränkungen notwendig sind.

Kritisch anzumerken ist, daß Patienten ohne Staatsangehörigkeit mit aufgeführt wurden, da ihre Problematik in etwa die gleiche ist; es wurde jedoch mit ihrer Wertung keine spezifische Aussage belegt.

Bei Gesamtwertungen wurden die zahlenmäßig geringen Gruppen der Spanier, Portugiesen, Nordafrikaner und der Personen aus dem Ostblock einbezogen, jedoch wegen ihrer geringen Anzahl keine speziellen Aussagen gemacht.

Der Anteil der verschiedenen Nationalitäten im Raum München ist nicht repräsentativ für die Verteilung im gesamten Bundesgebiet.

Aufgrund überwiegend schlechter Deutschkenntnisse und meist fehlender Dolmetscher sind die Anamnesen häufig unvollständig und können fehlerhaft sein. Somit ist eine falsche Beurteilung der Persönlichkeit

des Patienten und seiner Angaben nicht ausgeschlossen.

Da das Material der Untersuchung aus vier verschiedenen Kliniken stammt, besteht die Möglichkeit, daß in Grenzfällen verschiedene Diagnosen gestellt wurden.

Ein wichtiger Aspekt noch ist eine Tatsache, die jedoch gleichzeitig den Rahmen dieser Arbeit umreißt: Es wurden keine Vergleiche zu gesunden Gastarbeitern gezogen, zur psychischen Anfälligkeit der westdeutschen Bevölkerung und zu der des Heimatlandes des betreffenden Gastarbeiters.

So wird am Ende dieser Arbeit kein allgemeingültiges Resümee stehen können, sondern eine Diskussion, die mögliche positive und negative Erkenntnisse verdeutlichen soll und versucht wird, einen Zusammenhang zu bisherigen wissenschaftlichen Arbeiten über psychische Erkrankungen und das Aufsichnehmen einer fremden Lebensordnung aufzuzeigen.

II. Ergebnisse

Das im folgenden in den Tabellen und Abbildungen dargestellte Zahlenmaterial stammt (mit Ausnahme der Vergleichszahlen in Tabelle I) aus den 179 ausgewerteten Krankengeschichten des Jahres 1970.

Die Mehrzahl der Patienten unserer Untersuchung stammte aus dem Großraum München; nur ein geringer Prozentsatz aus dem Ingolstädter oder oberbayerischen Raum. (siehe auch Tab. 2)

a) Erkrankungshäufigkeit

Etwa 11 % (214.268 Personen) der gesamten Gastarbeiterpopulation der BRD lebte im Jahre 1970 in Südbayern, davon in München 118.077 Personen.

Die folgende Tabelle stellt nach Nationalitäten aufgeschlüsselt die Anzahl der im Raum München lebenden ausländischen Arbeitnehmer der Zahl der stationär in eine psychiatrische Klinik aufgenommenen gegenüber. (5)

Nationalität	Anzahl (1970) im Großraum München	1970 stationär aufgenommen
Italiener	19.760	22 = 0,081 %
Griechen	17.328	22 = 0,092 %
Spanier	2.668	2 = 0,075 %
Türken	18.028	35 = 0,194 %
Portugiesen	296	2 = 0,680 %
Jugoslawen	32.908	54 = 0,164 %
Nordafrikaner		8
Ostblock	27.089	19
ohne Staatsangehörigkeit		15
	118.077	179

Tab. 1: Anzahl der Gastarbeiter im Raum München und Anzahl der psychisch Erkrankten nach Nationalitäten aufgeschlüsselt.

b) Demografische Daten

Wohnsitz

Die Herkunft der Patienten, die im Jahre 1970 eingewiesen wurden, war wie folgt:

	Stadt München	bis 30 km	über 30 km	ohne Wohn- sitz	unbe- kannt		
Türken	24	8	2		1	35	19,6 %
Jugos- lawen	35	10	3	3	3	54	30,1 %
Griechen	16	4		1	1	22	12,3 %
Italiener	16	1	3	2	-	22	12,3 %
Spanier	2	-	-	-	-	2	1,1 %
Portu- giesen	2	-	-	-	-	2	1,1 %
Nord- afrikaner	6	2	-	-	-	8	4,5 %
Ost- block	12	4	1	2	-	19	10,6 %
ohne Staatsang.	7	1	5	2	-	15	8,4 %
	120	30	14	10	5	179	100,0 %

Tab. 2: Anzahl der in München, in näherer oder weiterer Umgebung wohnenden Patienten

Es ist ersichtlich, daß der überwiegende Teil, nämlich 120 Patienten, in München wohnte.

Alter

Die Betrachtung der Altersgruppen ergibt, daß 73,2 % der Patienten jünger als 40 Jahre waren.

	Anzahl	%
15 - 20 Jahre alt	16	9
21 - 25	34	19
26 - 30	28	15,6
31 - 40	53	29,6
41 - 50	35	19,6
über 50 Jahre alt	12	6,7
unbekannt	1	0,5
	179	100,0

Tab. 3: Altersverteilung der Patienten

Auch diese Zahlen sind nach dem genannten Auswahlverfahren im Heimatland und bei der Ankunft in der BRD verständlich: Den Anforderungen gemäß, die an die ausländischen Arbeitnehmer gestellt werden, handelte es sich überwiegend um jüngere Personen.

Die Gegenüberstellung von Staatsangehörigkeit und Altersgruppen ergibt folgende Übersicht:

	15 - 20 Jahre alt	21-25	26-30	31-40	41-50	über 50	unbe- kannt	
Türken	4	10	7	13	1	-	-	35
Jugoslaven	3	8	8	21	10	4	-	54
Griechen	4	8	2	3	4	-	1	22
Italiener	2	4	4	6	6	-	-	22
Spanier	-	1	-	1	-	-	-	2
Portugiesen	-	-	1	1	-	-	-	2
Nordafrikaner	2	1	4	1	1	-	-	8
Ostblock	1	2	2	7	4	3	-	19
ohne Staatsangenh.	1	-	-	-	9	5	-	15
	17	34	28	53	35	12	1	179

Tab. 4: Aufschlüsselung nach Staatsangehörigkeit und Alter

Die Anzahl der Jugoslawen, die älter als 40 Jahre waren, lag höher als bei anderen Nationalitäten, besonders im Vergleich zu den Türken, deren größte Altersgruppe die von 21 - 25 Jahren war.

Für die anderen Nationalitäten ergibt sich eine in etwa ausgeglichene Aufteilung; ausgenommen die Staatenlosen, von denen nur einer jünger als 40 Jahre war.

Schulbildung

Es zeigt sich, daß etwa ein Fünftel der Patienten ohne Volksschulabschluß war.

Der Zusammenhang von Nationalität und Schulbildung ist in der folgenden Tabelle festgehalten:

	Keine Aus- bildung	Volks- schule abgeschl.	Volks- schule nicht abgeschl.	Mittel- schule abgeschl.	Mittel- schule nicht abgeschl.	Gymnasi- um abgeschl.	Gymnasi- um nicht abgeschl.	unbe- kannt	
Türken	2	3	8	-	1	1	1	19	35
Jugoslawen	-	21	10	2	1	2	4	14	54
Griechen	-	4	3	-	-	1	5	9	22
Italiener	1	11	3	-	1	1	-	5	22
Spanier	-	-	2	-	-	-	-	-	2
Portu- giesen	-	1	-	-	-	-	-	1	2
Nord- afrikaner	-	-	1	-	-	3	1	3	8
Ostblock	-	3	1	1	2	5	1	7	19
ohne Staats- zugehörig- keit	2	4	3	-	2	2	1	1	15
	5	47	31	3	7	15	12	59	179

Tab. 5: Die Schulbildung der Patienten, nach Nationalitäten aufgeschlüsselt.

Wegen der hohen Zahl derer, bei denen die Schulbildung unbekannt ist, sind gesicherte Aussagen hier nicht möglich; auffallend jedoch ist, daß die Hälfte der Italiener die Volksschule beendet hat, bei den türkischen Patienten fanden sich dagegen nur drei mit Volksschulabschluß.

Beim Vergleich dieser beiden Nationalitäten ist festzustellen, daß zehn Türken, jedoch nur vier Italiener ihre Schulbildung abgebrochen hatten.

Berufsausbildung

Die einzelnen Altersgruppen zeigten hier keine Auffälligkeiten.

Patienten ohne die schulischen Voraussetzungen hatten auch keine Berufsausbildung, desgleichen viele Volksschüler und diejenigen, die Mittelschule oder Gymnasium nicht abgeschlossen hatten.

Ausbildungsstand	Anzahl	%
keine Ausbildung	89	49,7
nicht abgeschlossene Lehre	12	6,7
abgeschlossene Lehre	33	18,4
nicht abgeschlossene Fachschulbildung	3	1,7
abgeschlossene Fachschulbildung	8	4,5
nicht abgeschlossene Hochschulbildung	5	2,8
abgeschlossene Hochschulbildung	3	1,7
Ausbildung unbekannt	26	14,5
	179	100,0

Tab. 6: Die Berufsausbildung der Patienten

Etwa die Hälfte der Patienten hatte keine Berufsausbildung.

Dazu kamen noch fast 7 % mit nicht beendeter Lehrzeit; nur 18,4 % dagegen hatten eine abgeschlossene Lehre vorzuweisen, wobei hier die Jugoslaven mit 42,5 % (14 von 33) den weitaus größten Anteil hatten. Sehr gering war der Anteil von Personen, die eine abgeschlossene Fachschul- oder Hochschulausbildung besaßen.

Mit 23 von 35 Patienten ohne Berufsausbildung standen die Türken an erster Stelle; ihnen folgten die Griechen mit 14 von 22 und annähernd gleichen Verhältniszahlen die Italiener und Jugoslawen. Die beiden letztgenannten Gruppen hatten auch den gleichen Anteil an abgeschlossener Lehre und Fachausbildung: jeweils etwa 32 % (17 von 54 Jugoslawen und 7 von 22 Italienern).

	keine Aus- bildg.	nicht abgeschl. Lehre	abgeschl. Lehre	nicht abgeschl. Fachsch.	abgeschl. Fachschul- ausbildung	nicht abgeschl. Hochsch.	abgeschl. Hochsch.	unbe- kannt	
Türken	23	2	4	-	2	-	-	4	35
Jugos- lawen	22	4	14	1	3	1	-	9	54
Griechen	14	2	-	1	-	-	-	5	22
Spanier	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Portu- giesen	1	-	-	-	-	-	-	1	2
Nord- afrikaner	4	-	-	1	-	2	-	1	8
Ostblock	5	-	6	-	2	1	2	3	19
staatenlos	9	1	3	-	-	1	1	-	15
	89	12	33	3	8	5	3	26	179

Tab. 7: Berufsausbildung und Nationalität

Berufsstand

Die Berufstätigkeit der Patienten wurde nach den folgenden Kriterien aufgeschlüsselt:

	Anzahl	%
selbständig	5	2,8
unselbständig im erlernten Beruf tätig	27	15,1
unselbständig im nicht erlernten Beruf tätig	15	8,4
unselbständig ohne erlernten Beruf tätig	101	56,5
arbeitslos	8	4,5
unbekannt	6	3,2
Lernverhältnis	7	3,9
Hausfrau (Ehefrauen von Gastarbeitern)	10	5,6
	179	100,0

Tab. 8: Der Berufsstand der Patienten

Mit Abstand die meisten Patienten, nämlich 56,5 %, waren unselbständig ohne erlernten Beruf tätig; in ihrem erlernten Beruf waren 15 % tätig; 8,4 % derer, die eine Berufsausbildung vorzuweisen hatten, arbeiteten in einem anderen Beruf.

Die hier ermittelten Zahlen zum Thema Ausbildung und Beruf weisen in ihrer prozentualen Verteilung große Ähnlichkeit mit den Werten auf, die die Bundesanstalt für Arbeit in ihren Jahresberichten vorlegte (4,5). Es kann also festgestellt werden, daß der soziale Status der 179 Patienten in etwa dem Gesamtbild der in der BRD tätigen Gastarbeiter entspricht.

Nach Nationalitäten aufgeschlüsselt ergab sich für die ausländischen Arbeitnehmer ohne erlernten Beruf folgendes Bild: Bis zu drei Viertel der Türken, Griechen und Italiener waren ohne Berufsausbildung tätig; es folgten mit 50 % die Jugoslawen.

	selb- ständig	im er- lernten Beruf	nicht im erlernten Beruf tätig	ohne Beruf	arbeits- los	unbe- kannt	Lern- verhält- nis	Haus- frau	
Türken	-	2	4	26	1	-	-	2	35
Jugos- lawen	1	14	4	27	-	3	1	4	54
Griechen	-	-	-	16	1	1	2	2	22
Italiener	-	2	5	14	-	1	-	-	22
Spanier	-	-	-	2	-	-	-	-	2
Portu- giesen	-	-	-	2	-	-	-	-	2
Nord- afrikaner	-	-	-	4	2	-	2	-	8
Ostblock	2	6	1	4	3	1	1	1	19
staatenlos	2	3	1	6	1	-	1	1	15
	5	27	15	101	8	6	7	10	179

Tab. 9: Nationalität und beruflicher Status

Obwohl bei den Italienern der Anteil derjenigen, die eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen können, dem der Jugoslawen entsprach, arbeitete eine nur unerhebliche Zahl im erlernten Beruf.

Vergleicht man die einzelnen Altersgruppen, so ergibt sich folgendes Bild:

	selb- ständig	im er- lernten Beruf	nicht im erlernten B. tätig	ohne Beruf tätig	arbeits- los	unbe- kannt	Lern- verhält- nis	Haus- frau	
15-20 Jahre alt	-	-	-	8	2	-	5	1	16
21-25 Jahre	-	3	4	22	1	2	-	2	34
26-30 Jahre	-	4	3	19	1	-	1	-	28
31-40 Jahre	1	13	4	30	1	2	-	2	53
41-50 Jahre	2	5	4	17	-	2	1	4	35
über 50 Jahre alt	2	2	-	4	3	-	-	1	12
unbe- kannt	-	-	-	1	-	-	-	-	1
	5	27	15	101	8	6	7	10	179

Tab. 10: Zusammenhang zwischen Alter und Art der Berufstätigkeit

Im erlernten Beruf arbeiteten 11,3 % der Altersgruppen 20 - 30 Jahre; mehr als doppelt so viele - 24,5 % - der 30 - 40jährigen.

Mit 66 % stellten die Gruppen der 20 - 30jährigen den größten Anteil derer, die ohne erlernten Beruf arbeiteten; mit zunehmendem Alter wurde dieser Anteil geringer.

Familie

Für das Verständnis der Gesamtsituation der Patienten ist auch der Familienstand von Interesse.

Familienstand	Anzahl	%
ledig	80	44,8
verheiratet, Familie in der BRD	38	21,2
verheiratet, Familie zuhause	32	17,9
verheiratet, von der Ehefrau getrennt lebend	7	3,9
verheiratet, von den Kindern getrennt lebend	8	4,5
geschieden	10	5,5
verwitwet	2	1,1
unbekannt	2	1,1
	179	100,0

Tab. 11: Der Familienstand der Patienten

Knapp 45 % der Patienten waren ledig, 47,5 % verheiratet.

Mit zunehmendem Alter stieg die Zahl der verheirateten Gastarbeiter und die Zahl derer, die ihre Familie in die BRD kommen ließ.

Die Beziehung zwischen Familienstand und Nationalität ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

	ledig	Familie in der BRD	Familie im Hei- matland	von der Frau ge- trennt lebend	von den Kindern getrennt lebend	geschie- den	ver- witwet	unbe- kannt	
Türken	11	7	6	1	5	5	-	-	35
Jugos- lawen	20	14	15	-	1	1	2	1	54
Griechen	12	7	2	-	-	-	-	1	22
Italiener	12	3	5	1	-	1	-	-	22
Spanier	1	-	-	-	1	-	-	-	2
Portu- giesen	1	-	-	-	1	-	-	-	2
Nord- afrikaner	8	-	-	-	-	-	-	-	8
Ostblock ohne Staatszugeh.	11	3	3	2	-	-	-	-	19
	4	4	1	3	-	3	-	-	15
	80	38	32	7	8	10	2	2	179

Tab. 12: Familienstand und Nationalität

Über die Hälfte der Griechen und Italiener war ledig, jedoch lebten die Griechen am häufigsten mit ihrer Familie in der Bundesrepublik, am wenigsten die Italiener.

Bei den Türken, Jugoslawen und den Patienten aus den Ostblockländern war das Verhältnis der mit und ohne die Familie in der BRD lebenden in etwa ausgeglichen.

5 von 35 Türken hatten ihre Kinder im Heimatland zurückgelassen; eine solche Übergangslösung war bei den übrigen Patienten kaum zu finden.

c) Dauer des Aufenthaltes in der BRD bis zum Ausbruch der Krankheit

Von den 179 Patienten hielten sich 59 zum Zeitpunkt ihrer Einweisung zum erstenmal im Ausland auf; 94 waren bereits mindestens einmal im Ausland gewesen.

Es lassen sich bevorzugte Zeitspannen angeben, die ohne Manifestwerden

einer Erkrankung verlaufen.

Aufnahme in die Klinik:	Anzahl	%
nach 7 Tagen	1	0,5
nach 3 Monaten	13	7,5
nach einem Jahr	35	19,6
nach zwei Jahren	16	8,8
nach drei Jahren	7	3,9
nach mehr als drei Jahren	66	36,9
unbekannt	41	22,8
	179	100,0

Tab. 13: Aufenthaltsdauer bis zum Ausbruch der Krankheit

Insgesamt erkrankten im Verlauf der ersten zwölf Monate 27,6 % der Patienten; im zweiten und dritten Aufenthaltsjahr sank die Erkrankungs-
häufigkeit, nach mehr als drei Jahren stieg sie auf 36,9 % an.

Staatsangehörigkeit

Die Dauer des erkrankungsfreien Aufenthaltes in der Bundesrepublik war bei den einzelnen Nationalitäten verschieden lang: 2/5 der jugoslawi-
schen Patienten erkrankten im ersten Jahr, dagegen nur 1/5 nach der
Dreijahresfrist. Bei den Griechen zeigte sich das Verhältnis umgekehrt,
während bei den Türken keine Auffälligkeiten festzustellen waren.

	nach 7 Tagen	nach 3 Monat	nach einem Jahr	nach zwei Jahren	nach drei Jahren	nach mehr als drei Jahren	unbe- kannt	
Türken	-	3	9	3	-	12	8	35
Jugoslawen	1	5	15	7	4	12	10	54
Griechen	-	2	2	1	2	10	5	22
Italiener	-	2	5	1	-	8	6	22
Spanier	-	-	1	-	1	-	-	2
Portugiesen	-	-	-	-	-	-	2	2
Nordafrikaner	-	-	-	2	-	3	3	8
Ostblock	-	1	2	2	-	8	6	19
ohne Staatszugehör.	-	-	1	-	-	13	1	15
	1	13	35	16	7	66	41	179

Tab. 14: Die Aufenthaltsdauer in der BRD bis zum Ausbruch der Krankheit im Zusammenhang mit den einzelnen Nationalitäten

Familienstand

Der Umstand, daß die Patienten ledig, mit oder ohne Familie in der BRD lebten, war offensichtlich ebenfalls bedeutsam für die Zeitspanne vor Ausbruch der Erkrankung.

	nach 7 Tagen	nach 3 Monaten	nach einem Jahr	nach zwei Jahren	nach drei Jahren	nach mehr als drei Jahren	unbe- kannt	
ledig	-	9	15	10	2	21	23	80
Familie in der BRD	-	1	4	2	2	21	8	38
Familie im Heimatland	1	3	8	2	1	10	7	32
von der Frau getrennt	-	-	-	1	-	5	1	7
von den Kin- dern getrennt	-	-	3	-	2	2	1	8
geschieden	-	-	3	-	-	6	1	10
verwitwet	-	-	1	-	-	1	-	2
unbekannt	-	-	1	1	-	-	-	2
	1	13	35	16	7	66	41	179

Tab. 15: Familienstand und Dauer des Aufenthaltes in der BRD bis zum Ausbruch der Erkrankung

Patienten ohne ihre Familie in der Bundesrepublik erkrankten häufiger vor Ablauf eines Aufenthaltsjahres; diejenigen, die mit ihrer Familie zusammenlebten, erkrankten in über der Hälfte der Fälle nach drei Jahren Auslandsaufenthalt.

Es zeigt sich weiterhin, daß die ledigen ebenfalls häufiger im ersten Jahr zur stationären Aufnahme kamen.

Alter

Auch das Alter stand im Zusammenhang mit der Zeitspanne vor Ausbruch der Krankheit.

	nach 7 Tagen	nach 3 Monat	nach einem Jahr	nach zwei Jahren	nach drei Jahren	nach mehr als drei Jahren	unbe- kannt	
15-20 Jahre alt		2	4	-	1	4	5	16
21-25 Jahre		4	10	3	3	7	7	34
26-30 Jahre		3	4	3	1	5	12	28
31-40 Jahre		2	12	6	2	24	7	53
41-50 Jahre	1	2	3	4	-	17	8	35
über 50 Jahre alt		-	1	-	-	9	2	12
unbekannt		-	1	-	-	-	-	1
	1	13	35	16	7	66	41	179

Tab. 16: Alter und Zeitspanne bis zum Ausbruch der Erkrankung

Etwa ein Drittel der 21-30jährigen - der Anteil der 21-25jährigen liegt darin doppelt so hoch - erkrankten im ersten Jahr, dagegen nur 19,4 % nach Ablauf von drei Jahren.

Bei der Altersgruppe 31-40 Jahre hatte sich dieses Verhältnis umgekehrt: 26,4 % kamen im erstgenannten Zeitabschnitt zur Aufnahme, 45,3 % im zweiten. Von den zwölf Patienten über 50 Jahre erkrankte

einer im ersten Jahr, dagegen neun nach drei Jahren. Die Zahlen über die jüngsten Patienten (15 - 20 Jahre) tendierten mit sechs Erkrankungen im ersten Zeitraum bei nur vier nach drei Jahren ebenfalls zu der Feststellung, daß mit zunehmendem Alter die Erkrankung später eintrat.

d) Sprache

Da die Sprache als Kommunikationsmittel ein wichtiger Faktor für die Integration eines Fremden ist, sollen die Sprachkenntnisse der 179 Gastarbeiter näher untersucht werden.

Die Deutschkenntnisse konnten wie folgt klassifiziert werden:

Es sprechen deutsch:	Anzahl	%
gut	61 Patienten	74 = 41,3 %
ausreichend	13 Patienten	
schlecht	56 Patienten	98 = 54,8 %
gar nicht	42 Patienten	
unbekannt	7 Patienten	3,9 %
	179 Patienten	100,0 %

Tab. 17: Die Deutschkenntnisse der untersuchten Patienten

Die Kenntnisse der deutschen Sprache waren überwiegend schlecht; fast ein Viertel besaß überhaupt keine Deutschkenntnisse.

Aufenthaltsdauer in der BRD bis zum Ausbruch der Krankheit

Die bald nach ihrer Ankunft in eine Klinik aufgenommenen ausländischen Arbeitnehmer sprachen wie zu erwarten schlechter deutsch.

	Erkrankung vor Ablauf eines Jahres	Erkrankung vor Ablauf von drei Jahren	Erkrankung nach mehr als drei Jahren
gut und ausreichend	8	7	49
schlecht und gar nicht	41	16	17

Tab. 18: Sprachkenntnisse und Zeitspanne bis zum Ausbruch der Erkrankung

Staatsangehörigkeit

Die Untersuchung der Deutschkenntnisse in Verbindung mit den einzelnen Nationalitäten zeigte, daß die türkischen Patienten an den Bewertungsgruppen "schlecht" und "gar nicht" den größten Anteil hatten; ihnen folgten die Italiener und die Griechen. Am besten deutsch sprachen die Jugoslawen.

	gut und ausreichend	schlecht oder gar nicht	unbekannt	
Türken	8	27	-	35
Jugoslawen	20	32	2	54
Griechen	5	15	2	22
Italiener	5	16	1	22
Spanier	1	1	-	2
Portugiesen	-	2	-	2
Nordafrikaner	5	2	1	8
Ostblock	16	2	1	19
ohne Staatszugehör.	14	1	-	15
	74	98	7	179

Tab. 19: Sprachkenntnisse der einzelnen Nationalitäten

Alter

Die jungen Patienten (20 - 30 Jahre) stellten den größten Anteil derer, die die deutsche Sprache nicht beherrschten; mit zunehmendem Alter wurde die Zahl geringer.

	gut und ausreichend	schlecht oder gar nicht	unbekannt	
15-20 Jahre alt	6	8	2	16
21-25 Jahre	9	25	-	34
26-30 Jahre	8	19	1	28
31-40 Jahre	24	28	1	53
41-50 Jahre	17	16	2	35
älter als 50 Jahre	9	2	1	12
unbekannt	1	-	-	1
	74	98	7	179

Tab. 20: Altersgruppen und Deutschkenntnisse

Die Patienten, die sich gut oder ausreichend verständigen konnten, waren in den verschiedenen Altersklassen etwa gleichmäßig vertreten.

Berufsstand in der BRD

Von den 101 Patienten, die unselbständig ohne erlernten Beruf tätig waren, sprachen 31 gar nicht und 38 schlecht deutsch; das heißt, daß über zwei Drittel dieser Gastarbeiter nicht über ausreichende Verständigungsmöglichkeiten verfügten. Im Gegensatz dazu sprach die Hälfte der im erlernten Beruf tätigen gut deutsch.

	selbständig	unselbständig im erlernten Beruf	ohne Beruf tätig	unbekannt
gut und ausreichend	4 80 %	16 59,3 %	30 29,9	3 50 %
schlecht				
gar nicht	1 20 %	10 37,1 %	69 68,4	3 50 %
unbekannt	- -	1 3,7 %	2 1,9	- -
	5 = 100 %	27 = 100 %	101 = 100 %	6 = 100 %

Tab. 21: Deutschkenntnisse und Berufsstand

Art der Einweisung

Ein wichtiger Aspekt ergab sich bei Betrachtung des Zusammenhanges von Deutschkenntnis und der Art der Einweisung, die nach den folgenden Kriterien untersucht wurde:

	Anzahl	%
1) Freiwillig - Eigeninitiative	47	26,0
2) Freiwillig - durch einen Arzt	19	10,5
3) Freiwillig - durch Familienangehörige oder Bekannte	42	23,4
4) Auf Grund auffälligen Verhaltens während stationärer Behandlung in einer anderen Klinik	15	8,4
5) Zwang (Bayerisches Verwahrungsgesetz)	50	28,5
6) unbekannt	6	3,2
	179	100,0

Tab. 22: Art der Einweisung nach Anzahl und Prozent

Im folgenden werden die Punkte 1) bis 3) unter dem Begriff "freiwillig" zusammengefaßt und die Deutschkenntnisse durch die Blöcke "gut, ausreichend" und "schlecht, gar nicht" klassifiziert.

	frei- willig	auffällig bei station.B.	Ver- wahrungs- gesetz	un- bekannt	
gut und ausreich.	50	2	18	4	74
schlecht und gar nicht	54	12	30	2	98
unbekannt	4	1	2	-	7
	108	15	50	6	179

Tab. 23: Art der Einweisung und Deutschkenntnis

Von den 74 gut und ausreichend deutsch Sprechenden kamen 50 freiwillig in die Klinik, nur 18 durch das Verwahrungsgesetz. Ein wesentlich größerer Teil, nämlich 30 Patienten von denen, die schlecht oder gar nicht deutsch sprachen (insgesamt 98), mußte durch das Verwahrungsgesetz eingeliefert werden.

15 Patienten wurden während der stationären Behandlung in einer anderen Klinik auffällig; von diesen sprachen 12 schlecht oder gar nicht deutsch.

e) Art der Einweisung

Wie aus der Tabelle 21 zu entnehmen ist, wurden 50 Patienten, das waren 28,5 %, durch das Bayerische Verwahrungsgesetz eingeliefert. Jedoch suchte ein hoher Prozentsatz der 179 Gastarbeiter freiwillig die Klinik auf, wobei die Türken mit 71,4 % an der Spitze lagen.

	frei- willig	auffällig bei station. Behand.	Ver- wahrungs- gesetz	unbe- kannt	gesamt
Türken	25=71,4 %	3=8,6 %	7=20 %	-	35=100 %
Jugosl.	28=51,9 %	3=5,6 %	21=39 %	2=3,7 %	54=100 %
Griech.	14=63,7 %	3=13,6 %	4=18,2 %	1=4,5 %	22=100 %
Italiener	13=59,1 %	4=18,2 %	5=22,7 %	-	22=100 %
Ostblock	12=63,1 %	-	5=26,3 %	2=10,5 %	19=100 %

Tab. 24: Nationalität und Art der Einweisung

Auffallend ist, daß 21 von 54 erkrankten jugoslawischen ausländischen Arbeitnehmern mittels des Verwahrungsgesetzes eingeliefert werden mußten.

Alter

Mit zunehmendem Alter erhöhte sich die Zahl der Patienten, die freiwillig eine Klinik aufsuchten.

	frei- willig	auffällig bei station. Behand.	Ver- wahrungs- gesetz	unbe- kannt	gesamt
21-30	34=54,9 %	9=14,5 %	17=27,4 %	2=3,2 %	62=100 %
31-40	32=60,6 %	1=1,8 %	18=34 %	2=3,6 %	53=100 %
41-50	23=64 %	3=8,3 %	9=25 %	1=2,7 %	36=100 %

Tab. 25: Art der Aufnahme in die Klinik in Verbindung mit den Altersgruppen

In der Altersgruppe der 40 - 50jährigen waren es 10 % mehr als bei den 20 - 30jährigen, die sich aus eigener Initiative in stationäre Behandlung begaben.

Berufsstand in der BRD

Bei Betrachtung der Abhängigkeit der Art der Einweisung vom jetzigen Beruf fällt auf, daß 21 von 27 der Personen, die im erlernten Beruf arbeiteten, freiwillig zur Aufnahme kamen, nur vier durch das Verwahrungsgesetz. Bei denen, die nicht im erlernten Beruf tätig waren, wurde ein

Drittel durch das Verwahrungsgesetz eingewiesen. Etwa ebenso hoch lag der Anteil bei denen, die ohne erlernten Beruf arbeiteten.

	frei- willig	auffällig bei stat. Behandl.	Ver- wahrungs- gesetz	unbe- kannt	gesamt
im er- lernten Beruf t.	21	2	4	-	27
nicht im erlernt. Beruf t.	10	-	5	-	15
ohne Beruf tätig	54	12	33	2	101

Tab. 26: Berufsstand und Art der Einweisung

Insgesamt sind von den Einweisungen 135 Ersteinweisungen, zehn waren bereits im Heimatland und 31 in Deutschland in einer Nervenklinik (drei unbekannt). Auf Befragen gaben 20 Patienten an, es seien psychische Erkrankungen oder Auffälligkeiten in der Familie vorhanden, 109 verneinten (50 unbekannt).

f) Suicidversuche

Von den 179 Patienten hatten nach Angabe der Krankengeschichten 36 ernsthafte Selbstmordversuche unternommen oder waren akut suicidgefährdet gewesen; bei 14 Patienten hatten die Selbstangriffe demonstrativen Charakter. Das heißt, daß jeder fünfte Patient sich das Leben nehmen wollte.

Staatsangehörigkeit

	Türk.	Jugosl.	Griech.	Ital.	Ostblock	
ernster Suicidversuch	5	13	4	5	6	36
demonstrativ	3	2	1	4	1	14
kein Versuch	27	39	17	13	12	129

Tab. 27: Die Suicidversuche in Verbindung mit den einzelnen Nationalitäten

Alter

Den prozentual größten Anteil an ernstgemeinten Suicidversuchen hatte die Gruppe der 21 - 25jährigen: von den 34 Patienten unternahmen 10 einen ernstgemeinten, vier einen demonstrativen Selbstmordversuch. An zweiter Stelle folgte die Altersgruppe der 31 - 40jährigen, in der elf von 53 einen ernstgemeinten Versuch unternahmen.

Berufsstand in der BRD

Etwa die Hälfte der ernsten und 10 der 14 demonstrativen Selbstmordversuche fielen der Berufsgruppe der unselbständig ohne erlernten Beruf Tätigen zu.

	im erlernten Beruf tätig	nicht im erlernten Beruf	ohne Beruf tätig
ernstgemeint. Suicidversuch	7	4	17
demonstrativ	-	2	10

Tab. 28: Suicidversuche und Berufsstand

Aufenthaltsdauer in der BRD bis zum Ausbruch der Krankheit

Elf der ernsten Suicidversuche wurden im Laufe des ersten Aufenthaltsjahres begangen, 16 nach drei Jahren.

g) Die Diagnosen

Folgende Diagnosen wurden gestellt:

Diagnose	Anzahl	%
Reaktive Depression)	27	15,1
Reaktiver Verstimmungszustand)		
Depressiver Verstimmungszustand)		
Depressive Neurose)		
Depressive Persönlichkeit)		
Cyclothymie)	5	2,8
Involutionsdepression)		
Endogene Depression)		
Neurose oder neurot. Persönlichkeit	10	5,6
Zwangsneurose	1	0,6
Hypochondrie oder hypochond. Neurose	2	1,1
Psychopathie)	2	1,1
abnorme Persönlichkeit)		
abnorme Erlebnisreaktion)	22	12,3
Primitivreaktion)		
akute Psychose und paranoide)	44	24,6
Schizophrenie)		
Katatonie	1	0,6
Defektschizophrenie, chron. Schizophrenie	3	1,7
Chronischer Alkoholismus	24	13,4
Pathologischer Rausch	3	1,7
Exogene Psychose)	6	3,4
Kontusionspsychose)		
Organisch bedingte psychische Störung)		
Verwirrheitszustände)		
Debilität, Minderbegabung	2	1,1
Epilepsie ungeklärter Ursache)	27	15,1
unklare Fälle)		
neurologische Störungen ungeklärter Genese)		
	170	100,0

Tab. 29: Die bei den 179 Patienten gestellten Diagnosen

Besprochen werden die häufigsten Diagnosen in der angegebenen Reihenfolge: Reaktive depressive Verstimmungszustände, Abnorme Erlebnisreaktion, akute Schizophrenie, Neurose, Chronischer Alkoholismus, ungeklärte Fälle.

1. Reaktive depressive Verstimmungszustände

Staatsangehörigkeit

Diese Diagnose wurde bei den jugoslawischen Gastarbeitern und denen aus den übrigen Ostblockländern am häufigsten gestellt; am wenigsten bei den griechischen.

Türken		Jugoslawen		Griechen		Italiener		Ostblock	
5	14,3 %	10	18,5 %	2	9,1 %	3	13,6 %	4	21 %

Tab. 30: Diagnose 1 und Nationalitäten

Herkunft

Es zeigte sich, daß dieses Syndrom mit knapp 20 % bei Personen, die vom Land in die Großstadt gewechselt hatten, fast dreimal so hoch lag wie bei denen, die in der Heimat ebenfalls in einer Großstadt gewohnt hatten.

	Reaktive depressive Verstimmungszustände		Abnorme Erlebnisreaktion	
In der Heimat				
vom Land in die Großstadt	7	19,5 %	6	16,7 %
Von Großstadt zu Großstadt	2	7,4 %	2	7,4 %

Tab. 31: Herkunft und Diagnose 1

Schulbildung

Bei den Patienten, die keine Schule besucht oder die Volksschule nicht beendet hatten, lag diese Diagnosestellung niedriger als bei denen mit abgeschlossener Schulbildung. Bei der erstgenannten Gruppe traten gehäuft auf die Schizophrenie und der chronische Alkoholismus.

	Reaktive depressive Vestimmungs- zustände		Schizophrenie		Chronischer Alkoholismus	
keine oder nicht abgeschlossene Schulbildung	5	13,9 %	8	22,1 %	7	19,4 %
abgeschlossene Schulbildung	18	21,4 %	12	14,3 %	9	10,7 %

Tab. 32: Schulbildung und Diagnose

Berufsstand in der BRD

Die Untersuchung der beruflichen Situation zum Zeitpunkt der Einweisung ergab, daß das depressive Syndrom bei den Patienten, die selbständig, im erlernten Beruf tätig oder Hausfrauen waren, weniger oft auftrat als bei Personen, die unselbständig ohne erlernten Beruf arbeiteten.

Am häufigsten traten die reaktiven Krankheitsbilder bei Arbeitslosen und nicht im erlernten Beruf Tätigen auf.

selbständig, im erlernten Beruf, Hausfrau	ohne erlernten Beruf	nicht im erlern- ten Beruf, arbeitslos
5 10,2 %	16 15,8%	5 21,7 %
insgesamt: 49=100%	101=100%	23=100%

Tab. 33: Berufsstand im Zusammenhang mit Diagnose 1.

Aufenthaltsdauer in der BRD bis zum Ausbruch der Krankheit

Beim ersten Auslandsaufenthalt oder im Verlauf der ersten drei Jahre waren reaktive Krankheiten häufiger als bei wiederholtem Aufenthalt oder nach Ablauf von drei Jahren.

Erkrankung vor Ablauf eines Jahres	Erkrankung vor Ablauf von drei Jahren	Erkrankung nach mehr als drei Jahren
8 16,3 %	4 17,4 %	8 12,1 %
insgesamt: 49=100 %	23=100 %	66=100 %

Tab. 34: Zeitpunkt der Erkrankung

Sprache

Patienten, die gut oder ausreichend deutsch sprachen, erkrankten häufiger an reaktiven depressiven Verstimmungszuständen als Patienten, die die deutsche Sprache schlecht oder gar nicht beherrschten.

gut und ausreichend	schlecht und gar nicht
14 18,9 %	12 12,2 %
insgesamt: 74= 100 %	98= 100 %

Tab. 35: Sprache und Diagnose 1

Suicidversuche

Dem Charakter dieser Diagnosegruppe entsprechend gingen die meisten Suicidversuche zu Lasten dieser Erkrankungen.

Wie wir bereits feststellten, war die Selbstmordziffer bei den Jugoslawen am höchsten: im allgemeinen vor Ablauf eines Jahres. Diese Angaben decken sich mit den Feststellungen über die Beziehungen: Nationalität - Diagnose 1, Dauer des Aufenthaltes in der BRD - Diagnose 1.

ernsthaft	demonstrativ	kein Suicidversuch
8 = 22,2 %	3 = 21,4 %	16 = 12,4 %
insgesamt: 36=100 %	14=100 %	129=100%

Tab. 36: Die Art der Suicidversuche im Zusammenhang mit Diagnose 1

Art der Einweisung

Die an reaktiven Verstimmungszuständen Erkrankten waren in der Mehrzahl (17 Personen) aus eigener Initiative in die Klinik gekommen, acht von ihnen durch das Verwahrungsgesetz.

2. Abnorme Erlebnisreaktion

Diese Krankheitsäußerung lag bei Türken, Griechen und Italienern gleich hoch, war bei den Jugoslawen jedoch auffallend gering. Dies dürfte auf deren durchschnittlich gute Sprachkenntnisse zurückzuführen sein, die im Zusammenhang mit dieser Art der Erkrankung stehen: 18,4 % der schlecht und gar nicht deutsch sprechenden erkrankten mit abnormen Erlebnisreaktionen; entsprechend hoch war die Zahl der durch das Verwahrungsgesetz eingelieferten Patienten.

7 von 36 ernsthaften Suicidversuchen kamen im Rahmen der abnormen Erlebnisreaktion vor, 5 von 14 demonstrativen.

Nationalität	Türken	Jugoslaw.	Griechen	Italiener
	7 = 20 %	2 = 3,7 %	5 = 22,7 %	5 = 22,7 %
insgesamt	35=100%	54=100%	22=100%	22=100%

Tab. 37: Abnorme Erlebnisreaktion aufgeschlüsselt nach Nationalitäten

Sprachkenntnisse	gut und ausreichend		schlecht und gar nicht	
	4	6,5 %	18	18,4 %
insgesamt	74=100%		98=100%	

Tab. 38: Abnorme Erlebnisreaktion im Zusammenhang mit den Sprachkenntnissen

Art der Einweisung	freiwillig		auffällig bei station. Behndl.		Verwahrungsgesetz	
	8	7,4 %	1	5,2 %	12	24 %
insgesamt	108=100%		19=100%		50=100%	

Tab. 39: Abnorme Erlebnisreaktion und Art der Einweisung

Suicid- versuche	ernsthaft		demonstrativ		nein	
	7	19,5 %	5	35,7%	10	7,8 %
insgesamt	36=100%		14=100%		129=100%	

Tab. 40: Abnorme Erlebnisreaktion und Anzahl der Suicidversuche

Alter

Elf von 22 abnormen Erlebnisreaktionen fielen in die Altersgruppe 21 - 25 Jahre. Da in dieser Gruppe überwiegend Türken, Griechen und Italiener vertreten waren, nur wenige Jugoslawen, ist ein weiterer Faktor zum Verständnis ihres geringen Anteils an dieser Erkrankungsart gegeben.

15 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	über 50
1 = 6,3 %	13 = 21 %	4 = 7,6 %	2 = 5,7 %	2 = 16,7 %
insgesamt: 16=100%	62=100%	53=100%	35=100%	12=100%

Tab. 41: Altersverteilung der Patienten mit abnormen Erlebnisreaktionen

Heimat

Wie bereits erwähnt, war bei Personen, die vom Land in die Großstadt kamen, die Zahl der abnormen Erlebnisreaktionen größer als bei denen, die im Großstadtmilieu aufgewachsen waren. (Vgl. Seite)

Berufsstand in der BRD

Bei Patienten ohne Berufsausbildung, die in Deutschland als Hilfsarbeiter tätig waren, war dies die häufigste Diagnose.

selbständig im erlernten Beruf Hausfrau	ohne erlernten Beruf	nicht im erlernten Beruf tätig arbeitslos
1 = 2,2 %	19 = 18,8 %	2 = 8,7 %
insgesamt: 49=100%	101=100%	23=100%

Tab. 42: Berufsausbildung der Patienten mit abnormen Erlebnisreaktionen

3. Schizophrenie

Die Diagnose umfaßt die akute Psychose und die paranoide Schizophrenie.

Staatsangehörigkeit

Der Anteil dieser Diagnose lag bei den Griechen am höchsten, bei den Italienern am niedrigsten.

Türken	Jugoslawen	Griechen	Italiener	Ostblock	staatenlos
8 22,8 %	16 29,6 %	7 31,8 %	3 13,6 %	5 26,3 %	4 26,6 %
insgesamt: 35=100%	54=100%	22=100%	22=100%	19=100%	15=100%

Tab. 43: Anteile der Nationalitäten an Diagnose 3

Alter

Bei den 30-40jährigen Patienten trat diese Diagnosestellung gehäuft auf.

Sieben der Patienten gehörten der Altersgruppe 15 - 20 an, waren aber nur zu einem geringen Teil "Gastarbeiter"; vielmehr handelte es sich um die Kinder von Gastarbeitern, die in einem Lernverhältnis standen.

15 - 20 Jahre	21 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 - 40 Jahre	41 - 50 Jahre	über 50 Jahre
7 = 43,8 %	7 = 20,6 %	1 = 3,6 %	17 = 32,1 %	9 = 25,7 %	3 = 25 %
insgesamt: 16=100%	34=100%	28=100%	53=100%	35=100%	12=100%

Tab. 44: Das Alter der schizophrenen Patienten

Familienstand

Die an Schizophrenie erkrankten Patienten waren zum größten Teil ledig.

ledig	Frau in Deutschland	Frau zu Hause
22 27,5 %	8 21 %	14 23 %
insgesamt: 80=100%	38=100%	61=100%

Tab. 45: Familienstand der an Schizophrenie Erkrankten

Aufenthaltsdauer in der BRD bis zum Ausbruch der Krankheit

Die Diagnose wurde am häufigsten im Verlauf des zweiten und dritten Aufenthaltsjahres gestellt, am wenigsten nach Ablauf von drei Jahren.

Erkrankung vor Ablauf eines Jahres	Erkrankung vor Ablauf von drei Jahren	Erkrankung nach mehr als drei Jahren
14 28,6 %	8 34,8 %	16 24,3 %
insgesamt: 49 = 100 %	23 = 100 %	66 = 100 %

Tab. 46: Aufenthaltsdauer bis zum Ausbruch der Schizophrenie

Sprache

Die Beherrschung der deutschen Sprache schien keinen Einfluß auf die Erkrankungshäufigkeit zu haben.

gut und ausreichend	schlecht und gar nicht
17 23 %	26 26,6 %
insgesamt: 74 = 100 %	98 = 100 %

Tab. 47: Diagnose 3 und Deutschkenntnis

Suicidversuche

Ein Drittel der ernsthaften Suicidversuche fiel in diese Krankheitsgruppe.

Art der Einweisung

31 der 44 schizophrenen Patienten suchten freiwillig eine Klinik auf, 13 wurden durch das Verwahrungsgesetz eingeliefert. 26 % der durch das Verwahrungsgesetz aufgenommenen waren schizophren.

4. Chronischer Alkoholismus

Staatsangehörigkeit

Der Alkoholismus trat am häufigsten bei den Jugoslawen und den Personen aus den übrigen Ostblockländern auf. Es folgten die Italiener, Griechen und mit einem Patienten an letzter Stelle die Türken, deren religiöse Bindung die relative Seltenheit dieser Diagnose erklärt.

Türken	Jugoslawen	Griechen	Italiener	Ostblock	staatenlos
1 = 2,8 %	8 = 14,8 %	2 = 9,2 %	3 = 13,6 %	3 = 15,8 %	5 = 33,3 %
insgesamt:					
35=100%	54=100%	22=100%	22=100%	19=100	15=100%

Tab. 48: Verteilung der Diagnose 4 auf die Nationalitäten

Alter

Der Alkoholismus nahm mit steigendem Lebensalter zu:

20 - 30 Jahre	31 - 40 Jahre	41 - 50 Jahre
4 = 6,45 %	7 = 13,2 %	10 = 28,6 %
insgesamt:		
62=100%	53=100%	35=100%

Tab. 49: Alter und chron. Alkoholismus

Berufsstand in der BRD

Betrachtet man die Berufssituation, so fällt auf, daß der Prozentsatz derer, die selbständig oder im erlernten Beruf tätig waren (in diesem Falle handelte es sich hauptsächlich um die Gastarbeiter aus Jugoslawien und den übrigen Ostblockländern) höher lag als bei denen, die keinen Beruf hatten.

selbständig im erlernten Beruf tätig	ohne Beruf	nicht im erlernten Beruf arbeitslos
Hausfrau		
9 = 18,4 %	10 = 9,9 %	4 = 17,4 %
insgesamt:		
49=100%	101=100%	23=100%

Tab. 50: Chronischer Alkoholismus und Berufsstand in der BRD

Wir wissen auch, daß diejenigen, die in ihrem Beruf arbeiteten, zu zwei Dritteln über dreißig Jahre alt waren, während die Patienten ohne Beruf etwa zur Hälfte unter dieser Altersgrenze lagen. (Vgl. Seite 40)

Familienstand

Mit dem höheren Alter dürfte auch der größere Anteil von Alkoholikern unter Verheirateten erklärt werden.

Aufenthaltsdauer in der BRD bis zum Ausbruch der Krankheit

Die Trunksucht trat bei Personen mit wiederholtem Auslandsaufenthalt häufiger auf als beim ersten. Nur ein Patient kam vor Ablauf eines Jahres, vierzehn jedoch nach drei Jahren.

Erkrankung vor Ablauf eines Jahres	Erkrankung nach mehr als drei Jahren
1 = 2,2 %	14 = 21,2 %
insgesamt: 49=100%	66=100%

Tab. 51: Chronischer Alkoholismus und Zeitpunkt der Erkrankung

Sprache

Etwa 8 % beherrschten die deutsche Sprache schlecht, mehr als doppelt so viele gut:

gut und ausreichend	schlecht und gar nicht
14 = 18,9 %	8 = 8,2 %
insgesamt: 74=100%	98=100%

Tab. 52: Chronischer Alkoholismus und Sprache

Suicidversuche

Von Alkoholikern wurden drei ernste und drei demonstrative Selbstmordversuche unternommen.

ernst	demonstrativ	kein Suicidversuch
3 = 8,3 %	3 = 21,4 %	18 = 14 %
insgesamt: 36=100%	14=100%	129=100%

Tab. 53: Chronischer Alkoholismus und Suicidversuche

Art der Einweisung

Knapp die Hälfte der Patienten wurde mit Hilfe des bayrischen Verwahrungsgesetzes in die Klinik gebracht.

freiwillig	auffällig bei anderer station. Behandlung	Verwahrungs- gesetz
12 = 11,1 %	1 = 5,3 %	11 = 22 %
insgesamt:		
108=100%	19=100%	50=100%

Tab. 54: Chronischer Alkoholismus und Art der Einweisung

5. Neurosen

Diese Diagnose wurde bei Patienten gestellt, die in fünf der zehn Fälle aus der Großstadt kamen; sie verteilten sich auf alle Nationalitäten und Altersgruppen.

Die Zahlen tendieren zu der Gruppe der Patienten mit Schul- und Berufsausbildung; auch in der Tätigkeit zur Zeit der Einweisung lag der relative Anteil bei den Personen mit Beruf höher als bei denen ohne.

Es zeigte sich keine Häufung in einem besonderen Familienstand.

Bei Patienten mit wiederholtem Auslandsaufenthalt und einer Dauer von mehr als drei Jahren war der Anteil mit acht von zehn größer als während des Verlaufs des ersten Jahres.

Die Patienten gehörten zur Gruppe der gut deutsch sprechenden.

Bei den neurotischen Patienten kam ein Suicidversuch vor.

Ihre Einweisungen erfolgten zum überwiegenden Teil freiwillig.

6. Ungeklärte Fälle

Diese Fälle setzen sich zusammen aus zwölf Epilepsien ungeklärter Genese und ohne erfaßbare diagnostische Hinweise, acht nicht diagnostizierten Fällen und sieben neurologisch ungeklärten Krankengeschichten.

Staatsangehörigkeit

Mit zwei von 27 Fällen war der Anteil der Griechen am geringsten; die Verteilung auf die übrigen Nationalitäten war in etwa gleichmäßig.

Türken	Jugoslawen	Griechen	Italiener	Ostblock
7 20 %	10 18,5 %	2 9,1 %	5 22,7 %	2 10,5 %
insgesamt:				
35=100%	54=100%	22=100%	22=100%	19=100%

Tab. 55: Der Anteil der verschiedenen Nationalitäten an den ungeklärten Fällen

Alter

In der Altersverteilung lag die Hälfte der Fälle zwischen zwanzig und dreißig Jahren; die zweite Hälfte fiel in das vierte und fünfte Lebensjahrzehnt.

15 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50
2 = 12,5%	12 = 19,4%	8 = 15,1%	5 = 14,3 %
insgesamt:			
16=100%	62=100%	53=100%	35=100%

Tab. 56: Alter und ungeklärte Fälle

Ausbildung, Beruf

Auffällig war der höhere Anteil schulisch und beruflich ausgebildeter Personen an diesen Fällen; diese Zahlen stimmen auch mit denen der Untersuchung über den jetzigen Beruf überein: Mehr selbständig und im erlernten Beruf Tätige erkrankten; weniger jedoch von denen, die keinen erlernten Beruf ausübten.

	keine abgeschl. Schulbildung	abgeschl. Schulbildg.	keine Lehre, keinen Beruf	abgeschl. Berufsausbildung
ungeklärte Fälle	2 = 5,6 %	9 = 10,7 %	12 = 11,9%	9 = 17,3 %
insgesamt	36=100%	84=100	101=100	52=100%

Tab. 57: Ausbildung und ungeklärte Fälle

Familie

Bei verheirateten Patienten lag der Prozentsatz höher als bei ledigen.

ledig	Familie in der BRD	Familie zu Hause
7 = 8,8 %	8 = 21 %	12 = 19,7 %
insgesamt:		
80=100%	38=100%	61=100%

Tab. 58: Familienstand und ungeklärte Fälle

Aufenthaltsdauer in der BRD bis zum Ausbruch der Krankheit

Beim ersten Auslandsaufenthalt und vor Ablauf eines Jahres waren diese "Diagnosen" doppelt so häufig gestellt worden wie nach längerem Aufenthalt:

Erkrankung vor Ablauf eines Jahres	Erkrankung vor Ablauf von drei Jahren	Erkrankung nach mehr als drei Jahren
11 = 22,3 %	2 = 8,7 %	6 = 9,1 %
insgesamt:		
49=100%	23=100%	66=100%

Tab. 59: Zeitpunkt der Erkrankung und ungeklärte Fälle

Sprache

Auch die Untersuchung der Sprachkenntnisse ergab eine deutliche Aufteilung: Der Anteil der schlecht und gar nicht deutsch sprechenden Patienten war mehr als doppelt so hoch.

gut und ausreichend	schlecht und gar nicht
6 = 8,1 %	20 = 20,4 %
insgesamt:	
74=100%	98=100%

Tab. 60: Sprache und ungeklärte Fälle

Suicidversuche

Zwei der 27 Patienten begingen erstgemeinte Suicidversuche.

Art der Einweisung

Keiner der Patienten wurde durch das Verwahrungsgesetz eingeliefert; jedoch 4 von 15 Personen, die bei stationärer Behandlung in einer anderen Klinik auffällig geworden waren, stammten aus dieser Gruppe der ungeklärten Fälle.

freiwillig	auffällig bei anderer stat. Behandlung	Verwahrungs- gesetz
20 = 18,5 %	4 = 26,6 %	-
insgesamt: 108=100%	15=100%	

Tab. 61: Art der Einweisung und ungeklärte Fälle

h) Dauer der stationären Behandlung

Die meisten Patienten befanden sich bis zu einem oder ca. 3 Monaten in stationärer Behandlung. Die Zahl derer, die länger als ein Vierteljahr in Behandlung war, ist gering. Auffallend ist noch die relativ hohe Anzahl der Patienten, die nur einige Tage im Krankenhaus verbrachten.

Die Behandlungsdauer der Patienten ist in der folgenden Übersicht zusammengestellt:

	Anzahl	%
bis zu fünf Tagen	29 Personen	16,4
bis zu einem Monat	67 Personen	37,4
bis zu drei Monaten	56 Personen	31,2
bis zu sechs Monaten	13 Personen	7,4
bis zu einem Jahr	4 Personen	2,2
mehr als ein Jahr	4 Personen	2,2
unbekannt	6 Personen	3,2
	179 Personen	100,0 %

Tab. 62: Dauer der stationären Behandlung

Staatsangehörigkeit

Die Türken hatten mit 10 von 35 Patienten den größten Anteil an der Aufenthaltsdauer von 1-5 Tagen, den geringsten an der bis zu drei Monaten. Dieses Verhältnis war bei den Jugoslawen umgekehrt; Gründe hierfür sind u.a. das durchschnittlich höhere Alter und der größere Anteil an Alkoholikern. (Vgl. hierzu S. 61)

Griechen und Italiener lagen mit ihren Zahlen in der Mitte.

	Türken	Jugosl.	Griech.	Ital.	Ostblock	staatenlos
1-5 Tage	10	6	4	4	2	-
1 Monat	14	21	10	8	4	4
3 Monate	8	21	6	8	6	5
1/2 Jahr	2	3	1	2	3	1
1 Jahr	-	1	-	-	2	1
mehr als 1 Jahr	1	1	-	-	-	2
unbe- kannt	-	1	-	-	2	2

Tab. 63: Nationalität und Dauer der stationären Behandlung

Die wenigen Gastarbeiter, die bis zu sechs Monaten in Behandlung waren, verteilten sich auf alle untersuchten Nationen. Die kleine Gruppe derer, die über sechs Monate in klinischer Betreuung war, setzte sich bis auf einen Türken aus Jugoslawen, Personen aus den übrigen Ostblockländern und heimatlosen Ausländern zusammen.

Alter

Die jungen Patienten blieben im Durchschnitt kürzer in der Klinik; die Aufenthaltsdauer von 1-5 Tagen nahm - ausgehend von den 15-20 jährigen - mit zunehmendem Alter konstant ab, jedoch nahm eine dreimonatige Behandlungsdauer mit steigendem Alter zu.

	1-5 Tage	1 Monat	3 Monate	6 Monate	1 Jahr	mehr als 1 Jahr	unbekannt	100 %
15-20	4 25 %	6 37,5%	4 25 %		1 6,2%	1 6,2%		16
21-30	15 22,6 %	28 45%	16 25,8%	3 4,9%	1 1,7%			62
31-40	7 13,2 %	18 34%	18 34%	8 15,1%			2 3,8%	53
41-50	3 8,6%	12 34,3%	15 43%	2 5,7%	1 2,8%	1 2,8%	1 2,8%	35
über 50	1 8,3%	2 16,6%	3 25%		1 8,3%	2 16,6%	3 25%	12
unbekannt		1						1
	29	67	56	13	4	4	6	179

Tab. 64: Dauer des Klinikaufenthaltes in Bezug auf die verschiedenen Altersgruppen

Familienstand

Die ledigen Gastarbeiter stellten nur einen relativ geringen Anteil derer, die einige Tage in Behandlung waren; ihr weitaus größter Prozentsatz blieb bis zu einem Monat im Krankenhaus.

	ledig	Familie in Deutschland	Familie zu Hause
1 - 5 Tage	11 13,8 %	9 23,7 %	7 21,8 %
1 Monat	31 38,8 %	13 34,2 %	9 28,2 %
3 Monate	24 30 %	13 34,2 %	11 34,4 %
6 Monate	8 10 %	3 7,9 %	2 6,3 %
insgesamt	80=100 %	38=100%	32=100 %

Tab. 65: Dauer d. Klinikaufenthaltes und Familienstand

Aufenthalt in der BRD bis zum Ausbruch der Krankheit

	Erkrankung vor Ablauf eines Jahres	Erkrankung vor Ablauf von drei Jahren	Erkrankung nach mehr als drei Jahren
1 - 5 Tage	5 = 10,2 %	2 = 8,7 %	8 = 12,1 %
1 Monat	27 = 55 %	8 = 34,8 %	22 = 33,3 %
3 Monate	15 = 30,6 %	10 = 43,5 %	20 = 30,2 %
6 Monate	-	3 = 13 %	7 = 10,6 %
insgesamt	49=100%	23=100%	66=100%

Tab. 66: Dauer der Behandlung und Zeitraum bis zum Ausbruch der Krankheit.

Sprache

Patienten, die schlecht oder gar nicht deutsch sprachen, hatten fast dreimal so häufig die Behandlungsdauer 1-5 Tage wie die gut deutsch sprechenden.

	gut und ausreichend	schlecht und gar nicht
1-5 Tage	6 = 8,1 %	22 = 22,4 %
1 Monat	28 = 37,8 %	37 = 37,7 %
3 Monate	22 = 29,7 %	32 = 32,6 %
6 Monate	7 = 9,5 %	6 = 6,2 %
insgesamt	74=100%	98=100%

Tab. 67: Behandlungsdauer und Deutschkenntnisse

Diagnosen

Die Art der Erkrankung bedingte die Dauer der stationären Behandlung.

Am häufigsten waren kurze stationäre Aufenthalte bei abnormen Erlebnisreaktionen. Behandlungszeiträume bis zu drei Monaten waren häufig bei depressiven Syndromen und Schizophrenie, bis zu sechs Monaten bei Schizophrenie und chronischem Alkoholismus; in einigen Fällen dauerte die Behandlung der letztgenannten Krankheiten länger als ein halbes Jahr.

	reaktive depress. Verstim- mung	abnorme Schizo- Erlebnis-phrenie reaktion	chron. Alkoholis- mus	Neurose	ungeklär- te Fälle	
1-5 Tage	3 11,1%	9 41 %	2 4,5	3 12,5%	1 10 %	6 22,2%
1 Monat	11 40,8%	10 45,5%	12 27,3	7 29,1%	7 70 %	13 48,2%
3 Monate	12 44,4%	2 9 %	19 43 %	7 29,1%	-	6 22,2%
6 Monate	-	-	7 15,9	3 12,5%	1 10 %	1 3,7%
über 1 Jahr	-	-	-	2 8,4 %	-	-
unbe- kannt	-	1 4,5%	3 6,9%	1 4,2%	1 10 %	-
100 %	27	22	44	24	10	27

Tab. 68: Die Behandlungsdauer im Zusammenhang mit den häufigsten Diagnosen

i) Die weiblichen Patienten

Im folgenden sollen Unterschiede oder Auffälligkeiten der Punkte aufgezeigt werden, die in der bisherigen Untersuchung für beide Geschlechter gemeinsam besprochen worden sind.

Insgesamt waren 58 der 179 Patienten weiblichen Geschlechts. Auffallend ist, daß mehr Frauen als Männer türkischer Nationalität in psychiatrischer Behandlung waren.

Staatsangehörigkeit

Männer		Frauen
16	Türken	19
37	Jugoslawen	17
17	Griechen	5
18	Italiener	4
	Spanier	2
2	Portugiesen	
9	Ostblock	10
8	Nordafrika	
14	staatenlos	1
121		58

Tab. 69: Aufschlüsselung der männl. und weibl. Patienten nach Nationalität

Herkunft

Die Herkunftsgebiete entsprachen denen ihrer männlichen Kollegen.

Alter

In den Altersgruppen trat eine Verschiebung zu den jüngeren Jahrgängen auf:

Männer		Frauen
9 = 7,45 %	15 - 20	12,1 % = 7
18 = 14,9 %	21 - 25	27,6 % = 16
21 = 17,4 %	26 - 30	12,1 % = 7
37 = 30,6 %	31 - 40	27,6 % = 16
25 = 20,6 %	41 - 50	17,2 % = 10
10 = 8,3 %	über 50	3,5 % = 2
1 = 0,85 %	unbekannt	-
121 = 100 %		100 % = 58

Tab. 70: Alter der männl. und weibl. Patienten

Familienstand

Dem Alter der Gastarbeiterinnen entsprechend schlüsselte sich der Familienstand wie folgt auf:

Männer			Frauen	
52	43 %	ledig	48 %	28
19	15,7 %	Familie in der BRD	33 %	19
30	25 %	Familie zu Hause	3,5 %	2
1	5,8 %	getrennt v. Ehepartner	-	
4	3,3 %	getrennt v. Kindern	6,9 %	4
7	5,8 %	geschieden	5,2 %	3
-		verwitwet	3,5 %	2
2	1,6 %	unbekannt	-	
121	100 %		100 %	58

Tab. 71: Der Familienstand der männl. und weibl. Patienten

33 % der Frauen lebten mit ihrer Familie in Deutschland, hingegen nur 15,7 % der Männer. Lediglich zwei der 58 Patientinnen lebten ohne Familie in der BRD.

Schul- und Berufsausbildung

Getrennte Aussagen über die Schulbildung sind wegen der höheren unbekannten Zahl bei den weiblichen Patienten unergiebig. Sie ist möglicherweise schlechter als die der Männer: 12 der 31, die die Volksschule nicht

beendet hatten, sind Frauen; zwei der fünf, die gar keine Schule besucht hatten.

Die Zahlen über die Berufsausbildung jedoch sind eindeutig: Mehr als zwei Drittel der Patientinnen hatte keine Berufsausbildung.

Männer		Frauen
49 = 39,8 %	keine Berufsausbildg.	69 % = 40
25 = 20,6 %	Lehre abgeschlossen	13,8 % = 8
10 = 8,3 %	Lehre nicht abgeschlossen	3,5 % = 2
7 = 5,8 %	Fachschule abgeschlossen	1,7 % = 1
3 = 2,5 %	... nicht abgeschlossen	-
2 = 1,6 %	Hochschule abgeschlossen	1,7 % = 1
4 = 3,3 %	... nicht abgeschlossen	1,7 % = 1
21 = 17,4 %	unbekannt	8,6 % = 5
121 = 100 %		100 % = 58

Tab. 72: Ausbildung der männl. und weibl. Patienten

Berufsstand in der BRD

Diese Angaben stimmen mit der Berufssituation überein: 36 der Frauen arbeiteten unselbständig ohne erlernten Beruf, 5 im erlernten und 3 im nicht erlernten; zehn waren Hausfrauen.

Männer		Frauen
4 = 3,3 %	selbständig	1,7 % = 1
22 = 18,2 %	im erlernten Beruf tätig	8,6 % = 5
12 = 9,9 %	nicht im erlernt. Beruf	5,2 % = 3
65 = 54 %	ohne Beruf tätig	62,1 % = 36
6 = 4,96 %	arbeitslos	3,5 % = 2
6 = 4,96 %	unbekannt	-
6 = 4,96 %	Lernverhältnis	1,7 % = 1
-	Hausfrau	17,2 % = 10
121 = 100 %		100 % = 58

Tab. 73: Ausgeübter Beruf der männl. und weibl. Patienten

Neunzehn Frauen lebten mit der Familie in Deutschland, vier mit dem Ehemann, während die Kinder im Heimatland zurückgelassen wurden; zehn dieser Frauen waren Hausfrauen, 13 waren demnach "Mitverdiener".

Dauer des Aufenthalts in der BRD bis zum Ausbruch der Krankheit

Von den Frauen erkrankten 34,5 % gegenüber 24 % der Männer vor Ablauf des ersten Jahres; in den folgenden zwei Jahren war ihre Einweisungshäufigkeit ebenso gering wie bei den Männern. Die Zahl stieg wieder nach drei Jahren auf 27,6 %.

Männer		Frauen
29 = 24 %	Erkrankung vor Ablauf eines Jahres	34,5 % = 20
15 = 12,4 %	Erkrankung vor Ablauf von drei Jahren	13,8 % = 8
50 = 41,3 %	Erkrankung nach mehr als drei Jahren	27,6 % = 16
27 = 22,3 %	unbekannt	24,2 % = 14
121 = 100 %		100 % = 58

Tab. 74: Zeitraum bis zur Erkrankung

Sprache

In der Kenntnis der deutschen Sprache zeigten sich keine Unterschiede:

Männer		Frauen
49 = 40,5 %	gut und ausreichend	43 % = 25
66 = 54,5 %	schlecht, gar nicht	55 % = 32
6 = 5 %	unbekannt	2 % = 1
121 = 100 %		100 % = 58

Tab. 75: Deutschkenntnis der männl. und weibl. Patienten

Suicidversuche

Die Suicidrate lag mit 15 % gegenüber 22 % der Männer niedriger:

Männer		Frauen
27 = 22,3 %	ernsthaft	15,5 % = 9
10 = 8,3 %	demonstrativ	6,9 % = 4
84 = 69,5 %	kein Suicidvers.	77,7 % = 45
121 = 100 %		100 % = 58

Tab. 76: Suicidversuche

Art der Einweisung

Mehr Frauen als Männer kamen freiwillig zur Behandlung, weniger wurden während des Aufenthaltes in einer anderen Klinik auffällig. Nur etwa halb so viele Frauen wie Männer wurden durch das Verwahrungsgesetz eingeliefert.

Männer		Frauen
29 = 24 %	Eigeninitiative	31 % = 18
10 = 8,3 %	durch Arzt eingewiesen	15,5 % = 9
26 = 21,5 %	durch Familie eingewiesen	27,6 % = 16
13 = 10,7 %	auffällig bei anderer stationärer Behandlung	3,5 % = 2
40 = 33 %	Verwahrungsgesetz	17,2 % = 10

Tab. 77: Art der Einweisung

Dieser niedrige Anteil der Gastarbeiterinnen an der letztgenannten Einweisungsart war bedingt durch die geringere Häufigkeit des chronischen Alkoholismus bei Frauen - fast die Hälfte aller Alkoholiker wurde durch das Verwahrungsgesetz aufgenommen, ebenso die kleinere Anzahl von Suicidversuchen.

Diagnosen

Der Anteil der reaktiven depressiven Verstimmungszustände lag bei den Frauen höher als bei den männlichen Patienten. Da depressive Erkrankungen häufiger im ersten Jahr auftraten, dürfte diese Tatsache ihre grössere Erkrankungsrate in der genannten Zeitspanne erklären.

Abnorme Erlebnisreaktionen, Schizophrenie und Neurosen kamen bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig vor.

Männer		Frauen
16 = 13,2 %	reaktive depressive Ver- stimmungszustände	19 % = 11
7 = 5,8 %	abnorme Erlebnisreaktion	5,3 % = 3
15 = 12,4 %	Neurose	12,1 % = 7
30 = 24,8 %	Schizophrenie	24,2 % = 14
20 = 16,5 %	chronischer Alkoholismus	6,9 % = 4
16 = 13,2 %	ungeklärte Fälle	19 % = 11
121 = 100 %		100 % = 58

Tab. 78: Die am häufigsten gestellten Diagnosen bei den männl. und weibl. Patienten

Dauer der stationären Behandlung

Die Dauer der stationären Behandlung war bei den Frauen durchschnittlich etwas kürzer. Mehr Frauen als Männer hatten einen Krankenhausaufenthalt von wenigen Tagen oder etwa vier Wochen.

Männer		Frauen
17 = 14 %	1 - 5 Tage	20,7 % = 12
44 = 36,3 %	bis zu einem Monat	39,7 % = 23
40 = 33 %	bis zu drei Monaten	27,6 % = 16
8 = 6,6 %	bis zu sechs Monaten	8,6 % = 5
4 = 3,3 %	bis zu einem Jahr	-
3 = 2,5 %	über ein Jahr	1,7 % = 1
5 = 4,5 %	unbekannt	1,7 % = 1
121 = 100 %		100 % = 58

Tab. 79: Dauer der stationären Behandlung

j) Die behandelnde Klinik

Die unterschiedliche Aufnahmehäufigkeit von Gastarbeitern in den vier Kliniken wirft die Frage auf, wie es zu dieser Verteilung kommt.

	Anzahl	%
Bezirkskrankenhaus Haar	95 Patienten	53
Universitätsnervenklinik in München	59 Patienten	32,9
Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München	12 Patienten	6,7
Privatklinik Dr. Schmidt in Gauting	13 Patienten	7,4
	179	100 %

Tab. 80: Verteilung der Patienten auf die vier Kliniken

Über 50 % der Patienten wurden im Bezirkskrankenhaus Haar zur stationären Behandlung aufgenommen. Auffällig sind die Zahlen, die über die Art der Einweisung Auskunft geben:

	freiwillig	auffällig bei and.stat.Beh.	Verwah- rungsges.	unbekannt	insges.
Haar	35	10	49	1	95
Universität	53	4	1	1	59
Max-Planck-I.	8	1	-	3	12
Privatklinik Dr. Schmidt	12	-	-	1	13
insgesamt	108	15	50	6	179

Tab. 81: Die Art der Einweisungen in die vier Kliniken

49 von 50 durch das Verwahrungsgesetz aufgenommene Patienten kamen in das Nervenkrankenhaus Haar, einer in die Universitätsnervenklinik, keiner in das Max-Planck-Institut.

Betrachten wir die Diagnosen der mit dem Verwahrungsgesetz Eingelieferten, so ergibt sich der Häufigkeit nach:

1. Schizophrenie
2. Abnorme Erlebnisreaktion
3. Chronischer Alkoholismus
4. Reaktive depressive Verstimmungszustände

(Als Einzelfälle kamen noch hinzu: endogene Depression, Defektschizophrenie, pathologischer Rausch, exogene Psychose)

Bei den abnormen Erlebnisreaktionen und chronischem Alkoholismus war die Verwahrung in Haar die gebräuchlichste Unterbringung der Patienten. 29 der 36, die ernstgemeinte Suicidversuche unternommen hatten, waren im Krankenhaus Haar stationär aufgenommen worden, 5 in der Universitätsnervenklinik und zwei im Max-Planck-Institut.

Wir wissen, daß die Suicidalität bei reaktiven depressiven Verstimmungszuständen, abnormen Erlebnisreaktionen und akuten Psychosen groß war und daß sie außerdem mit den Sprachkenntnissen im Zusammenhang stand - diese waren am schlechtesten bei Patienten mit der Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion und Schizophrenie, wobei nach den reaktiven depressiven Verstimmungszuständen die Suicidalität am größten war.

Ergänzend zu diesen Feststellungen sei der Berufsstand der Patienten genannt:

	selbständig, im erlernten Beruf	nicht im er- lernten Beruf	ohne Be- ruf tätig	Ehefrauen von Gastarb.
Haar	11	9	65	1
Universität	15	6	27	4
M.-Planck- Institut	2	-	4	2
Privatklinik	4	-	5	3
insgesamt	32	15	101	10

Tab. 82/ Berufsstand der in die vier Kliniken aufgenommenen Patienten

Etwa zwei Drittel der Gastarbeiter, die ohne erlernten Beruf arbeiteten, wurden im Krankenhaus Haar behandelt, weniger als ein Drittel in der Universitäts-Klinik, vier im Max-Planck-Institut und fünf in Gauting.

Weiterhin ist ersichtlich, daß mit steigendem sozialem Status die Zahl der Einweisungen nach Haar geringer wurde.

Die Verteilung der Frauen auf die Kliniken unterschied sich von der der Männer:

Männer	Klinik	insgesamt	Frauen
60,4 % = 73	Haar	95	22 = 38 %
31,4 % = 38	Univeristät	59	21 = 36,2 %
3,3 % = 4	M.-Planck-Institut	12	8 = 13,8 %
4,9 % = 6	Privatklinik	13	7 = 12 %
100 % = 121			58 = 100 %

Tab. 83: Die Verteilung der männl. und weibl. Patienten auf die vier Kliniken

Es wurden weniger Frauen im Krankenhaus Haar behandelt als in der Universitätsnervenklinik; das Max-Planck-Institut und die Privatklinik nahmen mehr Frauen als Männer auf. Diese Feststellung läßt sich durch die vorherige Tabelle ergänzen, die zeigt, daß von zehn Ehefrauen von Gastarbeitern nur eine in Haar stationär aufgenommen worden war.

Als Gründe für die obengenannten Tatsachen sind folgende Fakten zu nennen:

1. Die Suicidrate bei Frauen lag niedriger
2. Der chronische Alkoholismus war weniger verbreitet - wie bereits

festgestellt, führten aber diese Auffälligkeiten in den meisten Fällen zu einer Einweisung durch das Verwahrungsgesetz nach Haar.

3. Auf die Frauen entfielen elf der 27 nicht diagnostizierten Krankengeschichten, die zum überwiegenden Teil aus der Universitätsnervenklinik stammten.

Diagnosen

Die Diagnosestellungen verteilten sich auf die Kliniken wie folgt:

	Haar	Univer- sität	M.-Planck- Institut	Privat- klinik	insges.
Reaktive depressive Ver- stimmungszustände	13	7	2	5	27
Cyclothymie, endo. Depr., Involutionse depr., Manie	1	4			5
Neurose					
neurot. Persönl.	1	4	2	3	10
Zwangsneurose		1			1
Hypochondrie, hypoch. Neurose		2			2
Psychopathie, abnorme Persönlichkeit		2			2
abnorme Erlebnisreaktion, Primitivreaktion	17	5			22
Schizophrenie	34	6	2	2	44
Katatonie		1			1
Defektschizophr., chron. Schizophrenie	3				3
chron. Alkoholismus	16	7		2	25
pathologischer Rausch	2	1			3
exogene Psychose, Kontusionspsychose, org.					
bedingt. psych. Störung	3	1	2		6
Debilität, Minderbegabung	2				2
ungeklärte Fälle	3	18	4	1	27

Tab. 84: Anzahl der Diagnosen in den aufnehmenden Kliniken

Ersichtlich ist, daß das Diagnosebild in Haar weitgehend auf die Krankheitsbilder beschränkt war, die am häufigsten vorkamen; in der Universitätsnervenklinik war das Bild vielfältiger, hier wurden die für unsere Untersuchungsgruppe seltenen Krankheitsbilder behandelt.

Die Dauer der stationären Behandlung war nicht signifikant unterschiedlich, die Differenz erklärt sich durch die verschiedenen Diagnoseschwerpunkte.

Staatsangehörigkeit, Alter

Von Staatsangehörigkeit und Alter her sind keine Unterschiede in der Verteilung auf die Krankenhäuser festzustellen.

Familie, Art der Einweisung

Lebten die Patienten mit ihrer Familie in der BRD, so kamen viele freiwillig zur Aufnahme; daraus folgt, daß ihr Anteil an Einweisungen in das Krankenhaus Haar niedriger lag als bei den ledigen und denen, die ihre Familie im Heimatland hatten. Ihr Anteil war größer in der Universitätsklinik und in der Privatklinik Dr. Schmidt.

	Haar	Universität	M-Planck-Institut	Privatklinik	insg.
ledig	45=56,3%	25=31,2%	6=7,5%	4=5%	80=100%
Familie in der BRD	13=34,2%	17=44,8%	2=5,3%	6=15,8%	38=100%
Familie zuhause	20=62,5%	10=31,2%	1=3,1%	1=3,1%	32=100%

Tab. 85: Familienstand der in die 4 Kliniken aufgenommenen Patienten

III. Besprechung der Ergebnisse

Trotz der bereits genannten notwendigen kritischen Einschränkungen zeigt sich aufgrund der Fülle des ausgewerteten Zahlenmaterials, daß Tendenzen und Auffälligkeiten mit Hilfe der zusammengestellten Tabellen und Abbildungen erkennbar sind.

Ausgehend von den demographischen Daten der 179 Patienten soll im Vergleich noch einmal auf die allgemeine Situation der Gastarbeiter in der BRD eingegangen werden.

Hierbei zeigt sich, daß oftmals in hohem Maße übereinstimmende Aussagen festzustellen sind, obwohl es sich bei den Patienten nicht um einen repräsentativen Querschnitt der ausländischen Arbeitnehmer handelt.

Zahlenmäßig standen in der Bundesrepublik im Jahre 1970 die Italiener an erster Stelle, gefolgt von den Jugoslawen und Türken; im Raum München jedoch waren mit Abstand die Jugoslawen am stärksten vertreten. Dies erklärt, daß von den 179 Patienten fast ein Drittel jugoslawischer Nationalität waren.

Eine Auffälligkeit, die im folgenden noch besprochen werden soll, sei hier genannt: Etwa die gleiche Anzahl von Italienern und Türken lebte im Jahre 1970 im Raum München, jedoch waren bei den 179 Patienten die Türken um annähernd ein Drittel stärker vertreten.

Bei der Schul- und Berufsausbildung zeigten sich ähnliche Verhältnisse wie bei der gesamten Gastarbeiterpopulation der BRD:

schlechte Schulbildung und nicht abgeschlossene oder gar keine Berufsausbildung stehen an erster Stelle (vgl. S. 17, Tab. 2).

In direktem Zusammenhang zum ausgeübten Beruf standen hier wie dort die deutschen Sprachkenntnisse, die überwiegend bei denen schlecht waren, die ungelernt arbeiteten (vgl. S. 22, Tab. 4).

Berücksichtigt man die große Zahl der Patienten, die aus infrastrukturell rückständigen Gebieten stammten, so wird die mehrheitlich schlechte oder gar fehlende Schul- und Berufsausbildung verständlich, da im Herkunftsland die Voraussetzungen für die notwendige Ausbildung fehlten.

In diesem Zusammenhang muß der Milieuwechsel, den der einzelne Gastarbeiter auf sich nahm, als besonders krass empfunden werden: 120 der 179 Patienten lebten in München und kamen überwiegend aus ländlichen Bezirken ihrer Heimat.

Hinzu kommt noch, daß etwa 45 % ledig waren, also das Einleben in die neue Ordnung ohne Hilfe der Familie vollziehen wollten. Zwar war fast die Hälfte der ausländischen Arbeitnehmer verheiratet, es hatte jedoch nur der kleinere Teil die Familie vollständig in die Bundesrepublik mitnehmen können.

Als weitere Belastung muß das Problem der deutschen Sprachkenntnisse

genannt werden, das wohl die unmittelbarste Rolle bei der Bewältigung des Milieuwechsels spielt: Die mangelhaften oder fehlenden Deutschkenntnisse, die beim überwiegenden Teil der Gastarbeiter und so auch bei den 179 psychiatrisch erkrankten vorherrschten, machen die Schwierigkeiten deutlich, die einer Integration und der damit verbundenen Sicherheit im beruflichen und privaten Bereich im Wege standen.

Am Beispiel der türkischen Patientengruppe, die mit 35 erkrankten einen prozentual höheren Anteil als andere Nationalitäten im Raum München hatte, soll gezeigt werden, daß das Zusammenwirken der obengenannten Erschwernisse zu der erhöhten Krankheitsrate beigetragen hatte, wenn nicht gar ausschlaggebender Faktor war: Der größere Teil dieser Patienten stammte aus infrastrukturell sehr schwachen Gebieten, was eine schlechte Schulbildung und damit verbunden eine schlechte oder völlig fehlende Berufsausbildung zur Folge hatte; und fast 4/5 dieser Gruppe konnten nur mangelhafte oder gar keine Deutschkenntnisse vorweisen.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, daß aus diesem und den folgenden Beispielen keine Allgemeingültigkeit für die gesamte Gastarbeiterpopulation der BRD abgeleitet werden kann: Die angeführten Ergebnisse sind in Bezug auf die untersuchten 179 Personen zu werten und legen den Schluß nahe, daß zwischen Erkrankung und sozialen Erschwernissen Zusammenhänge bestehen.

Auf einen weiteren Nachteil ungenügender Deutschkenntnisse, der auch für die vorliegende Arbeit nicht unerheblich war, muß aufmerksam gemacht werden: Die Sprachschwierigkeiten ließen oftmals die gewünschte Vollständigkeit der 179 Krankengeschichten nicht erreichen, so daß in den aufgestellten Tabellen der Anteil der Rubrik "unbekannt" in vielen Fällen übermäßig hoch ausfiel; bei der Frage nach Schulbildung und Aufenthaltsdauer in der BRD zum Beispiel konnte von fast einem Drittel der Befragten keine Auskunft gegeben werden.

Es muß natürlich in diesem Zusammenhang auch berücksichtigt werden,

daß die Art der Befragung und die Festlegung der Schwerpunkte durch die behandelnde Klinik für den Umfang der Anamnesen eine Rolle spielten, aber hauptverantwortlich ist wohl nicht die Art der Befragung, sondern vielmehr das Unvermögen der Patienten, vollständige Angaben machen zu können. .

Die Auswertung des Zahlenmaterials in Bezug auf die Dauer des Aufenthaltes in der BRD bis zum Ausbruch der Krankheit ergab eine Einteilung in zwei Gruppen: Einmal erkrankte eine große Zahl nach Ablauf des ersten Aufenthaltsjahres, zum anderen nach mehr als drei Jahren.

Auffallend ist, daß ledige und die Patienten, die ohne ihre Familie in der Bundesrepublik lebte, häufiger vor Ablauf eines Jahres erkrankten; Patienten, die mit ihrer Familie zusammenlebten, erkrankten in über der Hälfte der Fälle nach drei Jahren.

Auch die Deutschkenntnisse lassen eine Verbindung zu den verschiedenen Zeitspannen bis zur Erkrankung erkennen: Bei den vor Ablauf eines Jahres stationär behandelten ist der Anteil der schlecht oder gar nicht deutsch sprechenden Patienten sehr hoch. Nach mehr als drei Jahren jedoch wiesen die nach dieser Aufenthaltsdauer behandelten Personen gute oder zumindest ausreichende Sprachkenntnisse nach, was sicher auch auf den längeren Aufenthalt in der BRD zurückzuführen ist; zieht man jedoch die entsprechenden ergänzenden Zahlen dieser Auswertung hinzu, wie es in der Tabelle 18 (S. 46) verdeutlicht ist, so zeigt sich ein nahezu reziprokes Verhältnis: Gut und ausreichend deutsch sprechende Patienten erkrankten auffallend wenig im ersten Jahr, schlecht oder gar nicht deutsch sprechende auffallend wenig nach mehr als drei Jahren. Diese Tatsache spricht für eine Einflußnahme der Deutschkenntnisse auf den Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung; es soll jedoch schon hier darauf hingewiesen werden, daß sich im folgenden zwangsläufig ein Zusammenhang zwischen Diagnose und Zeitpunkt der Erkrankung ergibt.

Zunächst sollen aber anhand der Art der Einweisungen der 179 erkrankten ausländischen Arbeitnehmer weitere Zusammenhänge zwischen dem Verhalten einzelner Patientengruppen und den sozialen Begleitumständen aufgezeigt werden.

So wurden bei einem großen Teil derer, die durch das Bayerische Verwahrungsgesetz zur stationären Behandlung eingewiesen wurden, mehrheitlich schlechte deutsche Sprachkenntnisse festgestellt. Das gleiche gilt für zwölf von jenen fünfzehn Patienten, die bei einer anderen stationären Behandlung psychisch auffällig geworden waren und sich in psychiatrische Behandlung begeben mußten. Es ist sicher nicht abwegig anzunehmen, daß von diesen zwölf Gastarbeitern der größere Teil aufgrund der Kommunikationsschwierigkeiten seine Krankheit nicht im notwendigen Maße mitteilen konnte.

Anzumerken ist jedoch auch, daß über die Hälfte der Patienten freiwillig eine Klinik aufsuchte und daß auch bei unzureichenden Sprachkenntnissen die Freiwilligkeit überwog (54 von 98 Personen).

Trotz dieser Zahlen darf nicht übersehen werden, daß mit 50 Patienten knapp 28 % durch das Verwahrungsgesetz eingewiesen wurden.

Vergleichszahlen, die dem Jahresbericht des Bezirkskrankenhauses Haar entnommen wurden, zeigen, daß der prozentuale Anteil der Gastarbeiter an der Gruppe, die mittels des Verwahrungsgesetzes eingewiesen wurde, höher liegt als bei den deutschen Patienten: Während es bei der letztgenannten Patientengruppe etwa ein Drittel war, hatten die erstgenannten mit 49 von 95 den erheblich höheren Anteil von über 50 % (15).

Eine Sonderstellung bei dieser Art der Einweisung, für die bei dem überwiegenden Teil der Patienten schlechte Deutschkenntnisse und mangelhafte Berufsausbildung ermittelt wurden, nahmen die Jugoslawen ein, von denen ein hoher Prozentsatz (21 von 54 = 39 %) durch das Verwahrungsgesetz eingewiesen wurde, obwohl gerade die Jugoslawen über gute Deutschkenntnisse und gute Schul- und Berufsausbildung verfügten.

Eine Erklärung für diese Auffälligkeit liegt darin, daß bei einem großen Teil der jugoslawischen Patienten die Diagnose "Alkoholismus" gestellt wurde, wobei anzumerken ist, daß die meisten Alkoholiker mittels des Verwahrungsgesetzes in die Klinik aufgenommen wurden. Die Diagnose "Alkoholismus" wird noch gesondert besprochen werden.

Zuvor soll noch auf eine Feststellung eingegangen werden, bei der die Jugoslawen ebenfalls eine Sonderstellung einnahmen: Ein Fünftel der 179 Patienten unternahm einen ernsthaften Suicidversuch. Von diesen 36 ernstgemeinten Versuchen entfielen dreizehn auf die jugoslawischen und sechs auf die Gastarbeiter aus Ostblockländern.

Im Zusammenhang mit den gestellten Diagnosen ergab sich folgendes Bild:

Reaktive depressive Verstimmungszustände und abnorme Erlebnisreaktion:	fünfzehn erstgemeinte Versuche;
Schizophrenie:	zwölf ernstgemeinte Ver- suche;
Chronischer Alkoholismus:	drei ernstgemeinte Ver- suche.

Die restlichen sechs Suicidversuche entfallen gestreut auf verschiedene Diagnosegruppen.

Die oben aufgezeigte Häufung der Selbstmordversuche fällt in die drei Diagnosegruppen, die zahlenmäßig am stärksten bei den 179 psychisch erkrankten Gastarbeitern vertreten waren und alle übrigen gestellten Diagnosen bei weitem überwogen:

Reaktive depressive Verstimmungszustände (einschließlich der abnormen Erlebnisreak- tionen)	49 = 27,4 %;
Schizophrenie (umfaßt akute Psychose und paranoide Schizophrenie)	44 = 24,6 %;
Chronischer Alkoholismus	24 = 13,4 %.

Auch bei der Betrachtung der einzelnen Diagnosen zeigte sich, daß den häufigen Krankheitsbildern in erhöhtem Maße bestimmte Verhaltensweisen und soziale Umstände der Patienten zugeordnet werden können.

So waren die jugoslawischen Patienten, die den größten Teil der gut und ausreichend deutsch sprechenden stellten, in der Diagnosegruppe "Reaktive depressive Verstimmungszustände" sehr stark vertreten, auffallend wenig jedoch bei den abnormen Erlebnisreaktionen, wobei festgestellt wurde, daß in dieser Diagnosegruppe die Sprachkenntnisse überwiegend schlecht waren.

Im Zusammenhang mit dem Alter zeigte sich, daß die reaktiven depressiven Verstimmungszustände in der Spanne 20 - 40 Jahre alt in etwa gleichmäßig gehäuft auftraten, bei den abnormen Erlebnisreaktionen jedoch vorwiegend in der Altersgruppe 21 - 25 Jahre, in der nur wenige Jugoslawen vertreten waren.

Die Feststellungen werden von einem dritten Bezugspunkt aus gestützt: die Personen, die nicht im erlernten Beruf tätig oder arbeitslos waren, hatten einen hohen Anteil an der erstgenannten Diagnose, bei den abnormen Erlebnisreaktionen jedoch war ihr Anteil sehr gering und wurde nur noch von den qualifizierten Berufstätigen unterboten, die jedoch bei der erstgenannten Diagnose fünfmal so stark wie die unqualifizierten vertreten waren.

Als gemeinsame Tendenz dieser "Reaktiven Erkrankungen" ließ sich ein gehäuftes Auftreten im ersten Aufenthaltsjahr erkennen.

In die bisher genannten Diagnosestellungen fielen die meisten ernsthaften und demonstrativen Suicidversuche: 15 von 36 ernsthaften und 8 von 14 demonstrativen, wobei die Personen mit abnormen Erlebnisreaktionen den größeren Anteil an demonstrativen Versuchen hatten.

Die Diagnose "Schizophrenie" läßt in Verbindung mit dem ausgewerteten Zahlenmaterial ebenfalls Auffälligkeiten innerhalb verschiedener Patientengruppen erkennen.

Am häufigsten erkrankten die Ledigen, wobei die Altersgruppe der 30 - 40jährigen am stärksten vertreten war. Von den verheirateten Patienten erkrankten die häufiger, die ihre Familie im Heimatland gelassen hatten.

Am häufigsten wurde diese Diagnose im Verlauf des zweiten und dritten Aufenthaltsjahres gestellt, am wenigsten nach Ablauf von drei Jahren. Das heißt, daß weder kurz nach der Umstellung der Lebensgewohnheiten noch nach längerer Eingewöhnungszeit ein vermehrtes Auftreten dieser Krankheit festzustellen war.

Die Auswertung der Anamnesen zeigte auch, daß - im Gegensatz zu den vorher behandelten Krankheitsbildern - im Falle von Schizophrenie die Beherrschung der fremden Sprache keine Rolle spielte, jedoch fiel ein Drittel der ernsthaften Suicidversuche in diese Krankheitsgruppe.

Als auffallend kann weiterhin der hohe Anteil schizophrener Patienten bezeichnet werden, die sich freiwillig in stationäre Behandlung begaben, nämlich 31 von 44.

Unterschiede zu den bisher genannten Auffälligkeiten zeigten sich bei der Auswertung der Diagnose "Alkoholismus".

Hier waren die guten Kenntnisse der deutschen Sprache mehr als doppelt so stark vertreten. Signifikant war auch der hohe Anteil der beruflich qualifizierten Personen und derjenigen, die zwar eine Ausbildung hatten, jedoch nicht in ihrem Beruf arbeiteten.

Der größte Teil der Patienten wurde nach mehr als drei Jahren Aufenthalt in der Bundesrepublik eingeliefert. Weiterhin ließ sich feststellen, daß der Alkoholismus mit steigendem Lebensalter der Patienten zunahm. Der hohe Anteil der Jugoslawen, der Gastarbeiter aus den Ostblockländern und der Staatenlosen an dieser Diagnosestellung stützt das Gesagte, da bei diesen Patienten gute Deutschkenntnisse und Berufsbildung vorhanden waren und da sie durchschnittlich älter als die übrigen Erkrankten waren.

Besondere Beachtung verdient die Art der Einweisung der Alkoholiker: fast die Hälfte wurde durch das Verwahrungsgesetz eingeliefert.

Betrachtet man jedoch Sprache und Berufsstand der durch das Verwahrungsgesetz aufgenommenen, so zeigt sich, daß diese Gruppe überwiegend schlecht oder gar nicht deutsch sprach und zu einem sehr hohen Prozentsatz ohne Beruf tätig war. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die gut deutsch sprechenden mit Beruf, werden sie durch das Verwahrungsgesetz eingeliefert, überwiegend Alkoholiker waren.

Auffällig muß der hohe Anteil der ungeklärten Fälle ($27 = 15,1\%$) genannt werden. Da 20 von 27 der betroffenen Patienten schlecht oder gar nicht deutsch sprachen, dürfte dies als hauptsächliche Ursache für die fehlende Einordnung in eine festumrissene Diagnosegruppe angesehen werden, zumal diese Patienten in der Mehrzahl eine gute berufliche Qualifikation besaßen, sich sozial eingegliedert hatten, sofern dies als möglich anzusehen ist, und zu einem hohen Prozentsatz mit ihren Familien in der Bundesrepublik lebten.

Als einzig auffallend negativer Begleitumstand bleibt hier demnach die schlechte Deutschkenntnis, die - wie bereits an anderer Stelle ausgeführt - eine psychiatrische Behandlung schon im Verlauf des ersten Aufenthaltsjahres begünstigte.

Diese Tatsache wird durch die Gruppe der ungeklärten Fälle gestützt, da die betroffenen Patienten in überwiegender Zahl im ersten Jahr ihres Aufenthaltes in die Klinik kamen.

Zur Dauer der stationären Behandlung sei einleitend festgestellt, daß sie im wesentlichen von der gestellten Diagnose abhängig war.

Ein kurzer Klinikaufenthalt fand sich am häufigsten bei der abnormen Erlebnisreaktion.

Da bei dieser Diagnosestellung die Altersgruppe 21 - 25 Jahre am stärksten vertreten war und da weiterhin die mangelhaften Kenntnisse der Fremdsprache überwogen, läßt sich zur Stützung des obengesagten anhand des ausgewerteten Zahlenmaterials feststellen, daß eine kurze Behandlungsdauer bei den älteren Patienten seltener wird.

Klinikaufenthalte bis zu drei Monaten fanden sich häufig bei depressiven Erkrankungen und bei Schizophrenie, bis zu einem halben Jahr und in wenigen Fällen auch länger bei Schizophrenie und chronischem Alkoholismus.

Ein Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und der behandelnden Klinik ließ sich nicht feststellen; es waren, wie bereits erwähnt, die Diagnosestellungen ausschlaggebend.

Es zeigten sich jedoch vermittels der 179 Anamnesen Unterschiede im Hinblick auf den sozialen Status, die Art und die Zahl der Einweisungen in die vier Kliniken.

In das Bezirkskrankenhaus Haar wurde mehr als die Hälfte der 179 Patienten aufgenommen, etwa ein Drittel in die Universitätsnervenklinik und zu annähernd gleichen Teilen die übrigen in das Max-Planck-Institut für Psychiatrie und in die Privatklinik Dr. Schmidt in Gauting. Das Bezirkskrankenhaus Haar nahm 64,5 % der ohne Beruf tätigen Patienten auf, die Universitätsnervenklinik etwa 26 %.

Die Zahlen der übrigen Kliniken fallen hier nicht ins Gewicht, zeigen jedoch gemeinsam mit der Universitätsnervenklinik in Bezug auf sozial bessergestellte Patienten deutliche Unterschiede zu der erstgenannten: Der Anteil der selbständigen und der in ihrem Beruf tätigen Patienten betrug bei den in das Bezirkskrankenhaus Haar aufgenommenen nur etwa 11 %; der weitaus größere Teil der Erkrankten, annähernd 90 %, wurde in die drei anderen Kliniken aufgenommen, wobei auf die Universitätsnervenklinik etwa ein Viertel, auf die Privatklinik Dr. Schmidt knapp ein Drittel entfiel. (Vgl. S. 76/77; Tab. 81,82)

Die bisher zusammengestellten Zahlen weisen darauf hin, daß im Falle der 179 erkrankten ausländischen Arbeitnehmer den einzelnen Kliniken bestimmte, nach sozialen Gesichtspunkten einteilbare Patientengruppen zugeordnet werden können.

Die Art der Einweisung zeigt weitere deutliche Unterschiede auf: 53 der 59 in die Universitätsnervenklinik aufgenommenen kamen freiwillig, in das Bezirkskrankenhaus Haar weniger als ein Drittel. Von den 50 mittels

des Verwahrungsgesetzes eingewiesenen wurden jedoch 49 in der letztgenannten Klinik behandelt, in der Universitätsnervenklinik nur einer.

Auch die Vielzahl der Diagnosestellungen stand nicht in einem ausgewogenen Verhältnis zur Anzahl der Patienten in der betreffenden Klinik.

So wurden die meisten Diagnosen nicht im Bezirkskrankenhaus Haar gestellt, sondern in der Universitätsklinik, was darauf zurückzuführen ist, daß sich in Haar durch die gehäufte Zuweisung bestimmter Patientengruppen (zum Beispiel mittels des Verwahrungsgesetzes) immer wieder die gleichen Krankheitsbilder feststellen ließen.

Der Häufigkeit nach sind zu nennen: Schizophrenie (34), abnorme Erlebnisreaktion (17), chronischer Alkoholismus (16), reaktive Verstimmungszustände (13).

Naturgemäß waren bei einer Vielzahl von Patienten, die sich freiwillig in psychiatrische Behandlung begaben, aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzung der Gruppe, entsprechend differenzierte Diagnosen möglich.

Zusammenfassend läßt sich am Ende dieser Besprechung der Ergebnisse feststellen, daß Tendenzen und Auffälligkeiten, die mit Hilfe des ausgewerteten Zahlenmaterials deutlich gemacht wurden, immer wieder im Zusammenhang mit den Umständen gesehen werden müssen, die den einschneidenden Milieuwechsel der ausländischen Arbeitnehmer begleiteten. Weiterhin läßt sich sagen, daß die im Rahmen dieser Arbeit gemachten Feststellungen von verschiedenen Bezugspunkten aus gestützt werden konnten, zumal sich in verschiedenen Fällen Vergleichsmöglichkeiten mit Erhebungen, die sich auf das gesamte Bundesgebiet erstreckten, ergaben und eine weitgehende Übereinstimmung festgestellt wurde.

Es wurde bereits erwähnt, daß sich für den speziellen Teil dieser Arbeit, der sich mit 179 psychisch erkrankten Gastarbeitern des Jahres 1970 befaßte, bisher nur wenige vergleichende Untersuchungen finden, so daß die hier erhobenen Befunde vorerst nicht im Zusammenhang mit

weiteren, die Probleme von anderer Seite her darstellenden Arbeiten gewertet werden können.

Die abschließende Diskussion im folgenden Kapitel soll deshalb zum einen noch einmal auf die Untersuchungen eingehen, die sich mit der psychiatrischen Morbidität von Emigranten befaßten und möglicherweise Gemeinsamkeiten erkennen lassen; zum anderen soll in dem für diese Arbeit gesteckten Rahmen auf Möglichkeiten hingewiesen werden, die zum Verständnis der Probleme und damit zu ihrer Lösung beitragen.

C. DISKUSSION

Die Besprechung der Ergebnisse hat einerseits eine Vielzahl von Auffälligkeiten verdeutlicht, die mit Hilfe des ausgewerteten Materials aus den 179 Krankengeschichten im Rahmen dieser Arbeit belegbar sind; es zeigte sich jedoch, daß andererseits zur Beantwortung vieler Fragen die vorhandenen Auskünfte nicht ausreichten.

Als besondere Erschwernis muß angesehen werden, daß es bisher keine relevanten Untersuchungen speziell des psychischen Zustandes von Gastarbeitern in der BRD gibt und bisher noch keine gesicherten Aussagen über die psychische Morbidität der ausländischen Arbeitnehmer gemacht werden können.

Die theoretischen Überlegungen, wie sie zum Beispiel von MEISTERMANN-SEEGER (3) angestellt wurden, stehen noch nicht in Verbindung mit empirischen Arbeiten, die zur Stützung herangezogen werden könnten. Eine umfassende Befragung der Gastarbeiter, die sich bereits in der BRD aufhalten und derer, die im Heimatland vor dem Milieuwechsel stehen, ist hier notwendig. Psychoanalytische Aussagen können nicht vom Patienten getrennt gemacht werden, um dann für ihr psychisches Verhalten als Erklärung herangezogen zu werden. Sie können nur Hinweise für Verhaltensmuster sein.

Wie bereits erwähnt, stellen die Emigranten, deren Grundproblem ebenfalls der Milieuwechsel ist, eine den Gastarbeitern vergleichbare Gruppe dar. Bevor nun, von dieser Gemeinsamkeit ausgehend, Vergleiche zwischen den psychischen Erkrankungen von Emigranten und Gastarbeitern angestellt werden sollen, muß noch auf einen Aspekt hingewiesen werden, der die Behinderung umfassender Erkenntnisse von Gastarbeiterproblemen verdeutlicht: die ausländischen Arbeitnehmer können nicht als eine homogene Gruppe angesehen werden, wie sie zum Beispiel ØDEGAARD (19)

untersuchte, der sich mit den psychischen Erkrankungen von Norwegern im Heimatland und in den USA beschäftigte; vielmehr handelt es sich bei den Gastarbeitern um Menschen aus Ländern mit zum Teil erheblich voneinander abweichenden sozialen und kulturellen Strukturen. Als Gemeinsamkeit kann herausgestellt werden, daß die ausländischen Arbeitnehmer durch den Auslandsaufenthalt die Lebensbedingungen für sich und ihre Angehörigen verbessern wollen; es darf jedoch nicht übersehen werden, daß ihre unterschiedliche Herkunft es unmöglich macht, von einer gemeinsamen Beurteilung einer homogenen Gruppe auszugehen.

Die Besprechung der Literatur über die psychische Morbidität von Emigranten hat gezeigt, daß die einzelnen Autoren Personengruppen untersuchten, deren Motivation zur Auswanderung verschiedenartig war, der Milieuwechsel bei einem Teil der Patienten als vorübergehende Maßnahme aufgefaßt wurde, bei anderen als dauerhafte Lebensveränderung beabsichtigt war.

So untersuchte EITINGER (11) eine Patientengruppe, die sich aus Gefangenen, Zwangsevakuierten und politisch Verfolgten zusammensetzte; bei einem großen Teil dieser Patienten bestand eine unmittelbare Existenzangst. MEZEY's (17) Patienten waren Personen, die mit den politischen Zuständen in ihrem Heimatland unzufrieden waren, deren Emigration also eine Flucht vor nicht nachvollziehbaren Ideologien bedeutete. Die von ØDEGAARD (19) untersuchten Patienten verließen ihre Heimat mit Plänen und Zielen für den Aufbau eines neuen Lebens.

Die Gründe der Gastarbeiter sind vielgestaltig, jedoch trifft für die meisten zu, daß sie in der BRD kein neues Leben beginnen wollen; dieser Aufenthalt ist befristet und die Bindung an das Heimatland bleibt bestehen. Trotz der bisher gemachten Einschränkungen sollen im folgenden einige Aussagen der Autoren über die psychische Morbidität von Emigranten mit den in dieser Arbeit gemachten Erhebungen verglichen werden, da Ähnlichkeiten zwischen den Feststellungen der genannten Autoren und den hier vorliegenden Ergebnissen aufgezeigt werden können.

Allen Autoren stellte sich die Frage, ob die Patienten bereits im Heimatland psychisch auffällig waren, dies eventuell der Grund für ihre Emigration oder den Ausbruch der Erkrankung war. ØDEGAARD (19) fand nach Durchsicht vieler Anamnesen, daß ein großer Teil der Patienten bereits im Heimatland psychisch auffällig gewesen war. Somit sieht er bei endogenen Psychosen keinen ursächlichen Zusammenhang mit der Erkrankung. Zu diesem Schluß kamen auch die anderen Autoren; jedoch stellten alle übereinstimmend fest, daß reaktive Psychosen durch den Streß des Milieuwechsels ausgelöst wurden, das heißt, daß diese Patienten im Heimatland wahrscheinlich nicht erkrankt wären.

Auch die Untersuchungen der Gastarbeiter ergaben vergleichbare Ergebnisse. Schizophrene Patienten, die überwiegend ledig waren - eine Übereinstimmung mit den Ergebnissen MEZEY's (17) - erkrankten bevorzugt weder kurz nach der Ankunft im Gastland, noch nach einigen Jahren, wie es zum Beispiel bei Alkoholikern zu beobachten war; auch spielte bei diesen Patienten die Deutschkenntnis keine Rolle.

Die beiden bevorzugten Zeiträume bis zum Ausbruch der verschiedenen Erkrankungen zeigen, daß dem Streß, dem die Gastarbeiter ausgesetzt sind, eine große Bedeutung zukommt: reaktive Psychosen und abnorme Erlebnisreaktionen treten im Verlauf des ersten Aufenthaltsjahres in der BRD auf; sie gehen einher mit mangelnden Deutschkenntnissen und der krassen Umweltveränderung. Patienten, die an Alkoholismus erkrankten - in der Natur der Erkrankung liegt eine längere Entwicklung - machten deutlich, daß es nicht zu bewältigende Eingliederungsschwierigkeiten und Enttäuschungen waren, die zu einer Erkrankung führten; in diesen Fällen war die Erkrankungsvorbereitung ein lange andauernder Prozeß, bei dem auch die Sprache keine ausschlaggebende Rolle mehr spielte.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sowohl bei den Emigranten als auch bei den hier untersuchten Gastarbeitern die endogenen Psychosen vom Milieuwechsel relativ unbeeinflusst waren, während die reaktiven psychischen Erkrankungen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Lebensumstellung standen.

D. ZUSAMMENFASSUNG

Sämtliche Krankengeschichten von Gastarbeitern, die im Jahre 1970 im Raum München in psychiatrische Kliniken aufgenommen wurden, wurden untersucht und die dort enthaltenen Informationen auf einen Fragenkatalog übertragen. Anhand von klinischen, demographischen und sozialen Angaben wurde die untersuchte Population beschrieben.

Trotz der methodischen Probleme, die eine auf Krankengeschichten beruhende Untersuchung stellt, ließen sich einige Hinweise für den Zusammenhang zwischen Erkrankung und den Lebensumständen von Gastarbeitern in der BRD finden.

So zeigte sich zum Beispiel, daß mangelnde Sprachkenntnisse als Hindernis für eine Integration den Ausbruch abnormer Erlebnisreaktionen begünstigte, andererseits die Sprache keinen Einfluß auf die Erkrankung an Schizophrenie zu haben schien.

Weiterhin läßt sich anführen, daß die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland im Zusammenhang mit bestimmten Diagnosen steht: endogene Psychosen blieben weitgehend unabhängig von der Aufenthaltsdauer, reaktive Krankheiten traten häufiger in den ersten Jahren des Auslandsaufenthaltes auf, chronischer Alkoholismus dagegen erst nach Ablauf mehrerer Jahre.

Als weiteres Beispiel sei an dieser Stelle auf die Verwahrung der 179 untersuchten Patienten hingewiesen, die einen Zusammenhang zwischen Sprachkenntnis, sozialem Stand und der Einweisung in eine Klinik aufzeigte: bei Patienten mit schlechten Sprachkenntnissen und bei denen mit der Diagnose Alkoholismus erfolgte in erhöhtem Maße die Einlieferung mittels des Verwahrungsgesetzes, andererseits kam ein hoher Prozentsatz der hier untersuchten ausländischen Arbeitnehmer freiwillig in die Klinik.

Die Ergebnisse wurden einerseits im Zusammenhang mit der allgemeinen Gastarbeiterproblematik, das heißt, mit den spärlichen bisher existierenden wissenschaftlichen Untersuchungen, zum anderen mit den wissenschaftlich-psychiatrischen Untersuchungen zum Problem der Emigration diskutiert.

E. LITERATUR

- 1) Arbeitsbehörde Hamburg
"Bericht über die wirtschaftliche und soziale Lage der ausländischen Arbeitnehmer in Hamburg"
Hamburg 1971
- 2) Auslandskurier
"Gastarbeiter in Deutschland"
Heft 5, 1970
- 3) BINGEMER, K./ MEISTERMANN-SEEGER, E./ NEUBERT, E.
"Leben als Gastarbeiter"
Westdeutscher Verlag, Opladen 1970
- 4) Bundesanstalt für Arbeit
Ausländische Arbeitnehmer 1969
Nürnberg 1970
- 5) Bundesanstalt für Arbeit
Ausländische Arbeitnehmer 1970
Nürnberg 1971
- 6) Bundesministerium für Arbeit
Bundesarbeitsblatt 4, 281-283 (1970)
- 7) Bundesministerium für Arbeit
Bundesarbeitsblatt 7-8, 459 (1971)
- 8) DELGADO, J.M.
"Die Gastarbeiter in der Presse"
Verlag Leske, Opladen 1972
- 9) Der Spiegel
"Komm, komm, komm - geh, geh, geh!"
Heft 43, 52 - 72 (1970)

- 10) Der Spiegel
"Gettos in Deutschland. Eine Million Türken"
Heft 31, 24-34 (1973)
- 11) EITINGER, L.
"The incidence of mental disease among refugees in Norway"
in: The British Journal Of Mental Science 105, 326-338 (1959)
- 12) Frankfurter Allgemeine Zeitung
vom 1. April 1966
- 13) FRIESSEM, D.
"Gesundheitsprobleme ausländischer Arbeiter in Westdeutschland"
in: Das Argument 69, 948 (1971)
- 14) GEISELBERGER, S.
Schwarzbuch: Ausländischer Arbeiter
Fischer Taschenbuchverlag. Frankfurt/M. 1972
- 15) Jahresbericht des Bezirkskrankenhauses Haar bei München für das
Jahr 1970
- 16) MALZBERG, B. und LEE, E.S.
Migration and mental disease
Social science research council
New York 1956
- 17) MEZEY, A.G.
Personal background, emigration and mental disorder in
Hungarian refugees
in: J. MENT. Sc. 106, 618-627 (1960)
- 18) NEY, H.-G.
"Was deutsche Volksschüler über ausländische Arbeiter denken"
in: Gastarbeiter. Analysen und Berichte
edition suhrkamp 539, 158-161 (1972)
Frankfurt/M. 1972

- 19) ØDEGAARD, Ø.
"Emigration and insanity"
Verlag Levin + Munksgaard. Kopenhagen 1932
- 20) SALOWSKY, H.
"Gesamtwirtschaftliche Aspekte der Ausländerbeschäftigung"
Verlag Steiner. Köln 1971
- 21) SCHÖNBACH, P.
"Sprache und Attitüden"
H. Huber Verlag. Bern, Stuttgart, Wien 1970
- 22) Süddeutsche Zeitung
vom 30. Dezember 1971
- 23) Süddeutsche Zeitung
vom 10. Februar 1972
- 24) ZÖLLNER, D.
"Die wirtschaftliche Bedeutung der Ausländerbeschäftigung in der
Bundesrepublik Deutschland aus der Sicht des Arbeitsmarktes"
in: Beihefte zur Konjunkturpolitik 13, 35-48 (1966)
Verlag Duncker und Humblot. Berlin 1966

Herrn Professor Dr. H. Hippius danke ich für die Überlassung des Themas und für seine freundliche Unterstützung.

Weiterhin möchte ich Herrn Dr. von Cranach für seine Bemühungen danken, sowie Frau Wolf, die mir bei der Zusammenstellung der Literatur behilflich war.

LEBENS LAUF

Am 31.1.1947 wurde ich als Tochter der Eheleute Otilie und Heinrich Freitag in Alsfeld geboren. 1960 verstarb mein Vater an den Folgen eines Autounfalls.

1966 machte ich in Gießen das Abitur. Nach einem dreisemestri-gen Studium der Germanistik und Theatergeschichte in München begann ich 1967 das Medizinstudium in Bonn. Nach zwei Semestern wechselte ich die Hochschule und legte im Juni 1973 das Staats-examen an der Universität München ab.

Im Juli 1973 verheiratete ich mich mit Michael Straube, der freiberuflich als Schriftsteller arbeitet.

Seit der Approbation am 31. Juli 1974 arbeite ich als Assistenzärztin in der Chirurgie einer Münchner Klinik.

